Travaux du Laboratoire de Psychologie de la Clinique de la Salpêtrière.
(*Huitième série*)

Docteur Pierre Janet
Membre de l'Institut,
Professeur de Psychologie au Collège de France.

Les Médications psychologiques

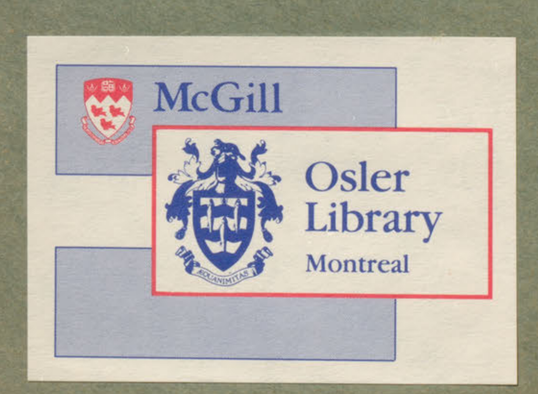
ÉTUDES HISTORIQUES, PSYCHOLOGIQUES ET CLINIQUES
SUR LES MÉTHODES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

III

Les Acquisitions Psychologiques.

DEUXIÈME ÉDITION

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN.



Travaux du laboratoire de Psychologie de la Salpêtrière
SEPTIÈME SÉRIE

LES MÉDICATIONS PSYCHOLOGIQUES

ÉTUDES HISTORIQUES, PSYCHOLOGIQUES ET CLINIQUES
SUR LES MÉTHODES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

PAR

Le Dr PIERRE JANET
Membre de l'Institut,
Professeur de psychologie au Collège de France.

III

~~LES ÉCONOMIES PSYCHOLOGIQUES~~

Les acquisitions psychologiques

DEUXIÈME ÉDITION

PARIS
LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VIe

1928

INTRODUCTION

Après les méthodes de traitement psychologique qui se bornent à diriger et à utiliser les automatismes anciens, après les méthodes de traitement qui cherchent à conserver les forces en prescrivant la plus stricte économie, il faut placer des thérapeutiques plus ambitieuses qui ont la prétention non seulement d'utiliser et de conserver ce que le malade possède, mais encore de lui faire acquérir des tendances nouvelles, d'augmenter ses forces ou de lui faire récupérer celles qu'il a perdues. Ces traitements sont beaucoup moins précis que les précédents et les notions psychologiques sur lesquelles ils reposent sont encore moins bien définies : nous essayerons de les étudier à propos de trois procédés principaux, *l'éducation*, *l'excitation* et *la direction*.

CHAPITRE I

LES ÉDUCATIONS ET LES RÉÉDUCATIONS

Les jeunes enfants nous semblent acquérir des tendances nouvelles et augmenter leurs forces tous les jours par des exercices qu'ils font spontanément ou sous la direction des adultes. C'est le procédé d'acquisition psychologique le plus simple ou du moins le plus apparent et il est bien connu sous les noms divers d'éducation, de gymnastique, d'entraînement. Quand on a cherché à faire récupérer au malade les fonctions qu'il avait perdues ou à lui faire acquérir des forces nouvelles on a fait appel tout naturellement à ces procédés qui nous ont rendu tant de services dans notre jeunesse, et les thérapeutiques qui se proposent de déterminer de véritables acquisitions psychologiques se sont souvent présentées comme *des méthodes d'éducation et de rééducation*.

I. — Historique de la rééducation des névropathes.

L'idée d'appliquer aux troubles pathologiques les procédés d'éducation semble avoir pris de l'importance à la suite des travaux de Séguin (1837-1846) et de ceux qui se sont occupés du traitement des idiots et des arriérés. Ces éducations d'individus anormaux ayant donné des résultats très intéressants il parut utile d'appliquer des procédés analogues à d'autres malades dont les troubles moins graves semblaient également des troubles psychologiques.

Mais il ne faut pas oublier que des tentatives de ce genre étaient déjà fort anciennes : Thyssen, dans son livre sur « l'hystérie traumatique », 1888, p. 11, raconte qu'à l'époque de Rem-

brand au XVII[e] siècle un malade fut guéri d'une paralysie par des exercices de gymnastique. M. Kouindjy cite d'après le père Amyot des méthodes utilisées en Chine pour rapprendre les mouvements des membres aux malades paralysés. Je trouve chez les magnétiseurs français bien des exemples de traitements de ce genre [1]. Des médecins, comme Laisné, 1854, Blache, 1864, parlent également du rôle des mouvements bien rythmés dans le traitement de la chorée. Parmi les précurseurs du traitement éducatif des névropathes il faut placer les nombreux médecins et pédagogues qui se sont préoccupés de l'éducation des enfants présentant des vices de prononciation et particulièrement du bégaiement. Cette affection si curieuse était considérée au début en elle-même isolément, comme un simple trouble du langage et de bonne heure on se préoccupa d'enseigner aux bègues à parler correctement. Déjà en 1825, Mrs. Leigh de New-York recommandait aux bègues certains procédés, elle conseillait en particulier de parler en tenant le plus possible la langue collée au palais. Mais la première application d'un traitement raisonné et efficace fut faite par le pédagogue français Claudius Chervin, dit l'aîné, qui après s'être intéressé à l'éducation des sourds-muets, s'occupa de celle des bègues et fonda en 1867 l'institution des bègues de Paris. En 1870 il associa son frère Amédée Chervin à son œuvre et c'est maintenant son fils Arthur Chervin qui dirige l'institution. Dans son livre, « Du bégaiement considéré comme un vice de prononciation, 1865 » Claudius Chervin explique qu'il faut recourir dans le traitement de cette affection à la discipline psychologique de la volonté, de l'attention et de l'émotion. Mais cette discipline n'est guère précisée : elle semble consister simplement à rassurer le malade, à essayer de lui donner confiance en ses propres moyens. Elle cherche surtout le calme de l'émotivité par la cure de silence qu'elle impose au bègue pendant la première semaine du traitement. Il ne doit communiquer avec ses semblables que par l'écriture et la suppression de la parole qui est pour lui difficile et inquiétante lui procure du repos et de la tranquillité. La seconde partie du traitement, au fond la seule importante, était la discipline motrice des organes concourant à la parole, organes de la respiration, diaphragme, muscles thoraciques, ailes du nez, organes de la phonation, larynx, voile du

1. Cf. Lafontaine, *L'art de magnétiser*, 1860, p. 296 (F. Alcan).

palais, langue, lèvres. « On apprend au malade à respirer, à ménager sa respiration pendant la parole, à parler lentement, à articuler nettement, à scander les syllabes, etc. »[1]. L'enseignement ne durait que quelques semaines, mais le sujet devait continuer ses exercices des mois et des années pour arriver à des résultats permanents. Il y avait là un traitement éducatif d'un trouble névropathique.

Il me semble cependant qu'il faut rapporter à l'enseignement de Charcot une systématisation intéressante de ces méthodes de traitement des névropathes, l'institution d'un traitement régulier des paralysies hystériques par la rééducation des mouvements. Charcot soutint, ce qui n'est peut-être pas absolument exact, que ces malades devaient pouvoir être facilement rééduqués, parce qu'ils ne présentaient pas de lésions grossières, destructives du système nerveux; en outre, ce qui est plus intéressant, il montra que pour rendre ce traitement efficace, il était essentiel d'attirer fortement l'attention du sujet sur le mouvement que l'on voulait lui faire effectuer et sur la sensation de ce mouvement.

Voici de quelle manière, ce traitement était organisé : le diagnostic de paralysie hystérique étant bien établi, on distinguait deux cas suivant que le malade était absolument incapable d'effectuer avec son membre malade le plus petit mouvement ou qu'il était capable de le remuer quelque peu. Dans le premier cas le médecin effectuait lui-même les mouvements devant le malade et les lui faisait regarder avec attention; il mobilisait lui-même le membre malade et ne demandait au sujet que de faire un effort d'attention pour sentir ces mouvements, pour les apprécier au moyen de tous les sens, d'abord en les regardant, puis en fermant les yeux. Pour montrer qu'il avait réussi à se rendre compte du mouvement effectué, il devait le décrire par le langage et le reproduire par un mouvement volontaire du membre symétrique ; l'essentiel était de forcer le malade à diriger son attention consciente sur les mouvements qu'il avait perdus et de l'amener à se les représenter avec précision. Bientôt, par la répétition de ces exercices, il pouvait obtenir quelques légers mouvements de son membre paralysé et il rentrait alors dans le second cas.

Il fallait alors par tous les procédés augmenter la conscience que le malade commençait à avoir des mouvements de son mem-

1. Cf. Arthur Chervin, *Du bégaiement et de son traitement*, 1879; *Comment on guérit les bègues*, 1882.

bre. Charcot aimait à fixer un index au bout du doigt pour que le malade en appréciât plus facilement le déplacement, il mettait dans la main malade un léger dynamomètre dont l'aiguille indiquait les moindres degrés de pression. Le malade en insistant sur tous ces signes, en regardant le mouvement effectué par d'autres, en répétant toujours en même temps le mouvement avec son membre symétrique valide arrivait à développer peu à peu le mouvement du membre paralysé, il se rendait compte de ses progrès et reprenait possession de la fonction dissociée.

Tous les élèves de Charcot ont à cette époque insisté sur cette thérapeutique qui a rapidement conquis la célébrité. M. Paul Richer, Gilles de la Tourette décrivent des guérisons obtenues par ce procédé ; M. Séglas raconte comment la guérison de paralysies hystériques a été obtenue dans plusieurs cas[1]. Féré, en étudiant 23 traitements heureux de ce genre, essaye de faire la théorie de cette action thérapeutique et il explique tout par l'excitation des centres corticaux des membres[2]. Ce langage, moitié psychologique et moitié anatomique, qui n'a jamais eu aucun sens précis, était en lui-même assez absurde, mais il faisait image et il a été un moment utile pour faire comprendre à des médecins des faits psychologiques qu'ils avaient besoin de traduire dans leur langage habituel. L'expression a été beaucoup employée : récemment encore M. Lagrange exposait à peu près dans les mêmes termes le procédé de Charcot pour la rééducation des hystériques paralysées et il donnait d'intéressants exemples du succès de ce traitement[3].

A la même époque, des procédés du même genre étaient appliqués au traitement du mutisme et de l'aphonie hystérique. Ernoul, dans sa thèse de 1898, sur le mutisme hystérique, énumère les différents traitements quelquefois bien bizarres qui lui ont été opposés. Les uns, comme l'usage des vomitifs, l'ouverture brusque de la bouche, etc. se rapprochent de la suggestion, les autres comme le massage du larynx, la provocation de la toux, la gymnastique respiratoire, indiquée surtout par Fournier et Garel, les efforts pour produire des sons sont des exercices éducateurs. Le malade dans la clinique de Charcot devait écouter

1. Séglas, Traitement des paralysies par l'exercice musculaire. *Annales médico-psychologiques*, mars 1887.
2. Féré, *Sensations et mouvements*, 1887 (F. Alcan).
3. Lagrange, *Mécanothérapie*, pp. 309, 312 (F. Alcan).

avec attention des sons simples émis devant lui, comme les sourds-muets qui apprennent à parler, il devait toucher la poitrine, le larynx du médecin pour en apprécier les mouvements et les vibrations, il devait peu à peu s'exercer à respirer correctement, à faire tous les changements volontaires de la respiration, les accélérations, les pauses, les souffles, les aspirations, les toux, les soupirs, les bâillements, etc., puis il s'efforçait de faire entendre des sons en faisant bien attention aux sensations que ces sons provoquaient en lui, enfin il s'exerçait à répéter des syllabes et des mots.

Nous retrouvons également une rééducation analogue appliquée aux malades qui présentaient des désordres du mouvement, diverses astasies-abasies, diverses chorées ou des contractures. Charcot insistait sur le traitement de la contracture qui devait être précoce et commencé le plus tôt possible après le début de l'accident : « il ne fallait pas laisser trainer les contractures hystériques. » Le traitement de cet accident particulier et si intéressant devait débuter par le massage des muscles contracturés[1] ; Gilles de la Tourette ajoutait que « ces massages agissent par un mécanisme qui échappe à notre interprétation[2]. » Mais Féré répondait que ce massage comme la mobilisation mécanique des membres paralysés excite les centres corticaux du membre[3]. Binet reconnaît très bien qu'il y a dans la contracture comme dans la paralysie hystérique une perte de la conscience personnelle des sensations et qu'il s'agit par un traitement analogue au précédent de la faire récupérer[4]. Dès que le sujet a obtenu grâce au massage un peu de mouvement de son membre, les exercices de mobilisation sont les mêmes que dans le cas d'une paralysie.

Enfin on peut considérer également le traitement de l'anorexie hystérique à la Salpêtrière comme une éducation de la fonction de l'alimentation. L'isolement que l'on imposait aux malades était la première partie du traitement. On leur imposait ensuite une alimentation graduellement plus importante qui rééduquait leur appétit et leur fonction alimentaire : « Il est nécessaire, disais-je moi-même, en 1892[5], d'imposer aux malades le plus tôt pos-

1. Charcot, *Œuvres*, III, p. 395 ; IX, p. 462.
2. Gilles de la Tourette, *Traité de l'hystérie*, 1891, III, p. 441.
3. Féré, *Sensation et mouvement*, 1887, p. 223.
4. Binet, *Revue philosophique*, 1889, I, p. 167.
5. Traitement de l'hystérie. *Traité de thérapeutique* de Robin, 1892, p. 215 *État mental des hystériques*, 2e édition, 1911, p. 687 (F. Alcan.)

sible une alimentation normale qui ne tardera pas à réveiller la sensation des besoins normaux. »

Une deuxième époque dans l'histoire des traitements par la rééducation me paraît caractérisée par l'application de traitements du même genre aux paralysies et aux troubles du mouvement d'origine organique, en particulier aux troubles du mouvement déterminés par le tabes. Ce fut au début l'œuvre de Leyden et Fraenkel qui essayèrent de rendre au tabétique une marche plus régulière en lui apprenant à diriger ses mouvements d'une manière différente de celle qu'il employait autrefois[1]. Le malade a perdu, disait-on, par le fait de ses lésions médullaires les sensations tactiles et kinesthésiques qui dirigeaient les mouvements des membres inférieurs, il doit y suppléer par des sensations purement visuelles. Il faut lui apprendre à régler la marche par la vue, à produire les mouvements utiles à l'occasion de réceptions visuelles comme autrefois il les produisait à l'occasion de réceptions venant du tact. C'est une marche particulière qu'il doit apprendre, comme on apprend un exercice quelconque réglé par la vue, le tir à la cible, par exemple. La marche est décomposée en une série de mouvements élémentaires que le malade doit observer attentivement chez les autres et chez lui-même. Il exécute d'abord les mouvements les plus simples dans la position couchée, puis il fait des mouvements plus complexes dans la position assise et enfin debout. Il doit être aidé par quelques appareils mécaniques très simples : par exemple il pose les pieds régulièrement sur des lignes ou dans des figures dessinées sur le parquet, il s'exerce à monter et à descendre des marches d'escalier, etc... Les procédés de Fraenkel furent complétés et systématisés par Goldscheider et Jacob[2]. Ils ont été adoptés par Raymond qui les introduisit dans la clinique de la Salpêtrière où ils ont donné d'heureux résultats[3]. En Amérique, M. E. W. Taylor et Ew. A Lindström ont publié une étude[4] sur trente malades atteints de tabes grave et qui ont retrouvé grâce à ces exercices une marche suffisante. Ces exercices ont été également

1. Fraenkel, *Applications raisonnées des exercices graduels au traitement symptomatique de l'ataxie locomotrice*, 1899.
2. Goldscheider et Jacob, *Handbuch der physikalischen therapie*, p. 256.
3. F. Raymond, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1897, p. 581.
4. E. W. Taylor et Edw. A. Lindström, Experiences in the treatment of tabes by coordinate exercises. *Boston medical and surgical journal*, 13 décemb. 1906.

bien décrits dans la mécanothérapie de Lagrange[1], ils ont été précisés récemment dans plusieurs de leurs détails par M. Kouindjy[2] qui donne une intéressante étude sur les conditions requises pour le succès de cette thérapeutique.

Ces méthodes appliquées primitivement au tabes se sont élargies peu à peu M. J. Madison Taylor a essayé de les appliquer au traitement si difficile de la paralysie agitante[3]. On voit égament dans l'étude de M. Maurice Faure qu'elles ont été appliquées heureusement à des cas d'hémiplégie organique et qu'elles ont activé la restauration des mouvements[4]. Un article de M. Stephen Ivory Franz nous montre des tentatives intéressantes pour rééduquer le langage chez les aphasiques organiques[5].

Dans une troisième période ces traitements éducateurs ont été appliqués à divers troubles du mouvement présentés par des névropathes qui n'étaient pas atteints d'hystérie proprement dite, le plus souvent aux troubles moteurs des psychasténiques et en particulier aux tics des psychasténiques. J'indiquais moi-même en 1889 le rôle de l'automatisme dans les tics présentés si souvent par ces malades et les procédés d'éducation qui pourraient modifier la tendance motrice anormale. M. Morton Prince insistait dans ses « association neuroses » sur ces groupements anormaux de mouvements qu'il appelait des neurogrammes ; plus tard il les compara aux associations artificielles produites chez les chiens dans les expériences de M. Pawlof. Le traitement consistait pour lui à dissoudre ces composés artificiels par une éducation inverse de celle qui les avait formés[6]. Les psychologues d'ailleurs comme M. Payot insistaient sur la loi de la mémoire d'après laquelle tout souvenir qui n'est pas rafraîchi de temps en temps a tendance à perdre de sa netteté et à disparaître. Or dans une certaine mesure nous sommes maîtres de favoriser ou d'empêcher la reproduction des mouvements et des pensées et nous pouvons

1. Lagrange, *Les mouvements méthodiques et la mécanothérapie*, 1899, p. 330 (F. Alcan).
2. Kouindjy, *Journal de physiothérapie*, 15 mars 1910.
3. J. Madison Taylor, The amelioration of paralysis agitans and other forms of tremor by systematic exercises. *Journ. nerv. and mental diseases*, 1901, p. 28, 133.
4. Maurice Faure, La rééducation motrice. Société de thérapeutique. *Revue scientifique*, 1902, II, p. 73.
5. Stephen Ivory Franz, *The Journal of philosophy, psychology and scientific methods*, oct. 1905, p. 589-597.
6. Cf. Morton Prince the mecanism of recurrent psychopathic states. *Journal of abnormal psychology*, 1911, p. 135.

donc condamner à mort un souvenir ou une tendance motrice en refusant de l'exercer. C'est avec ces divers éléments que s'est constituée une intéressante tentative de traitements de tics.

Autrefois les médecins n'essayaient guère de guérir les tics qu'ils considéraient facilement ou comme insignifiants ou comme incurables. Charcot et M. Georges Guinon n'étaient guère encourageants et comme Trousseau ils se montraient fort réservés au sujet de la curabilité des tics. Les traitements par rééducation ont commencé avec Jolly, 1830, Blache 1854, ils ont été étudiés et précisés par Brissaud et par ses élèves MM. Meige et Feindel[1]. Suivant leurs propres expressions il s'agit d'un traitement par l'immobilité commandée : le principe du traitement est la discipline de l'immobilité et du mouvement. Le premier procédé consiste à conserver l'immobilité absolue, l'immobilité photographique d'un membre ou du visage pendant un temps d'abord très court, puis progressivement croissant. Le sujet, au début, doit rester immobile sans aucun tic pendant un instant très court, pendant que l'on compte « un deux, trois », par exemple ; il y réussit facilement, puis on augmente peu à peu cette durée de deux, de trois secondes, puis de plusieurs minutes, puis on arrive à le faire rester une heure entière sans tiquer, dans diverses positions.

Quand l'immobilité est ainsi obtenue pendant un temps assez long, il faut apprendre au malade à exécuter des mouvements volontaires sans que le tic réapparaisse. S'agit-il d'une secousse de la tête ou d'un torticolis, on lui fera faire d'abord des mouvements des bras ou des jambes qui doivent être exécutés sans déranger l'immobilité de la tête. Puis on cherchera à obtenir des mouvements volontaires de la tête elle-même, des yeux, de la bouche sans que la secousse de la tête ou le torticolis réapparaisse. Tous ces exercices doivent être répétés en présence de personnes capables de surveiller attentivement leur exécution et de signaler les fautes comme les progrès. Quand le malade est en voie d'amélioration, il peut les répéter seul en surveillant leur exécution dans un miroir. L'essentiel est que le malade s'intéresse à son traitement et le pratique avec la plus grande attention pendant très longtemps, plusieurs mois le plus souvent et qu'il le continue encore longtemps après la guérison apparente du

1. Meige et Feindel, *Les tics et leur traitement*, 1902 ; Meige, Histoire d'un tiqueur. *Journal de médecine et de chirurgie*, 25 août 1901.

tic, car ces accidents sont extrêmement susceptibles de récidive.

L'étroite parenté qui unit les tics aux diverses sortes de bégaiement a conduit à appliquer aux premiers les méthodes rééducatrices usitées dans le second. M. Pitres a proposé une méthode de traitement des tics fondée sur la régularisation de la respiration[1]. Le malade pendant des séances de dix minutes une fois ou deux chaque jour doit faire de larges ampliations thoraciques, il doit s'exercer à respirer le plus lentement et le plus profondément possible en élevant les bras pendant l'inspiration, en les abaissant pendant l'expiration. MM. Meige et Feindel disent justement à propos de cette méthode de M. Pitres : « Il nous semble que ce sont les efforts d'attention que fait le sujet pour bien exécuter les exercices respiratoires qui peuvent avoir un effet salutaire. Qu'il s'agisse d'un mouvement respiratoire voulu ou de n'importe quel mouvement des membres exécuté volontairement et attentivement, ce qu'on demande au tiqueur c'est de discipliner pour un moment sa volonté capricieuse, c'est de maîtriser la réaction motrice intempestive qui voudrait défigurer le geste commandé[2]. » Ainsi entendus ces procédés de rééducation ont déterminé des guérisons intéressantes dont ces divers auteurs ont publié les observations.

Une application intéressante de ces méthodes a été faite au traitement des crampes professionnelles qui sont si souvent des variétés de tics psychasténiques. On a heureusement renoncé à des traitements chirurgicaux plus ou moins absurbes, on a aussi renoncé le plus souvent à l'immobilisation de la fonction que conseillait autrefois Charcot, quand il interdisait l'écriture pendant des mois aux malades atteints de la crampe des écrivains. On soumet aujourd'hui immédiatement ces malades au traitement éducatif. M. Thiol (de Riga), M. A. Montarani ont indiqué plusieurs règles du traitement de ces affections, surtout relatives à la crampe des écrivains[3]. M. Kouindjy dans une série d'études intéressantes a résumé les travaux précédents et y a ajouté des observations utiles, qui donnent une direction à la gymnastique de ces malades[4].

1. Pitres, Tics convulsifs généralisés, traités par la gymnastique respiratoire. *Journal de médecine de Bordeaux*, 17 février 1901.

2. Meige et Feindel, *op. cit.*, p. 574.

3. A. Montanari, Un cas de crampe des écrivains douloureuse guéri par la psychothérapie rationnelle. *Rivista sperimentale di freniatria*, déc. 1909.

4. Kouindjy, La crampe professionnelle et son traitement par le massage méthodique et la rééducation. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, juillet 1906.

Il constate qu'il y a presque toujours dans la crampe des écrivains une hypertonie des muscles fléchisseurs et une hypotonie des extenseurs et il commence la rééducation par une série d'exercices qui font travailler les extenseurs de la main. Pour la même raison, il fait apprendre l'écriture avec la main renversée qui transforme notre écriture avec les fléchisseurs en écriture au moyen des extenseurs. Il fait apprendre ensuite à écrire lentement : « Il suffit souvent, disait M. Gilbert Ballet, d'apprendre à écrire avec lenteur, pour que la crampe s'améliore. » On doit continuer tous les exercices qui développent les mouvements précis de la main, ceux du casier, de la planchette, des prismes triangulaires, du clavier, etc. d'après cet auteur on arrive en général à de bons résultats dans un temps qui varie de deux à quatre mois d'exercices.

A ce groupe de thérapeutiques se rattachent évidemment les traitements qui cherchaient à restaurer la parole chez les bègues et qui avaient débuté bien auparavant avec les méthodes de Chervin. Ces traitements rentrent maintenant dans des thérapeutiques plus générales : ils deviennent eux aussi des gymnastiques ayant pour but de modifier des troubles moteurs névropathiques. Les méthodes de Chervin continuent à être appliquées par son fils Arthur Chervin. Romma en Belgique se sert de procédés analogues : il conseille aussi des expirations prolongées pendant la prononciation des voyelles, des inspirations fortes au début des phrases, des efforts pour rythmer la respiration et la phonation. Il recommande en outre au sujet de faire de grands gestes des bras pendant la parole : Il y a là, paraît-il, une application de certaines expériences de Féré : celui-ci avait cru démontrer que les fonctions du langage excitent l'activité du bras droit et réciproquement que les mouvements des bras excitent la parole à cause de l'irradiation que deux centres voisins exercent l'un sur l'autre.

D'autres auteurs au contraire comme Liebmann (de Berlin) 1898, Netcacheff (de Moscou), 1910, protestent contre ces exercices de la respiration et de la parole qui ne font que concentrer l'attention du malade sur son mal : ils veulent se borner au traitement de l'émotivité en aidant le malade à surmonter les difficultés qu'il éprouve à parler devant ses semblables. Ils l'exercent à des narrations, à des conversations de plus en plus longues en présence du professeur d'abord, puis de parents et d'amis, enfin d'étrangers.

M. Robert Foy, dans un travail intéressant sur le bégaiement, 1913[1], essaye de prendre une position intermédiaire. Il admet que le bégaiement se rapproche des tics, des crampes professionnelles des accidents émotifs, des phobies verbales, des obsessions sociales. Le bégaiement n'est qu'une spécialisation, une localisation de l'émotivité naturelle, exagérée ou pervertie, aux organes de la parole. « Le trouble primitif, dit-il, est un trouble de la coordination des muscles de la respiration et de ceux de la phonation, en rapport avec l'état d'émotion ; les secousses de la bouche, les modifications de la prononciation ne sont que des phénomènes secondaires, des mouvements de compensation qui s'ajoutent au trouble primitif. Les craintes de parler, les idées fixes, la timidité intellectuelle sont également des phénomènes surajoutés tardivement. A ces troubles émotionnels, on oppose, dit M. R. Foy, une thérapeutique psycho-motrice exigeant de la part du malade des efforts considérables d'attention, de volonté, de raisonnement dont seul est capable un sujet d'un certain âge. Aussi ne consent-on à traiter que des enfants de 12 à 15 ans, tandis que le bégaiement débute en réalité de 3 à 5 ans. Il faudrait au contraire un traitement qui soit applicable dès cette époque où l'enfant, s'il est capable d'acquérir de mauvaises habitudes. est aussi capable de s'en débarrasser facilement. En outre, ces procédés fixent l'attention sur le langage articulé et rien ne pousse à mal exécuter un mouvement quelconque comme la crainte de l'exécuter mal ; enfin ces efforts d'attention et de volonté déterminent l'épuisement d'un sujet déjà bien peu résistant. « Il faut rendre au malade un langage naturel, réflexe, automatique et non un langage conscient, voulu, artificiel. »

Cet auteur propose donc de se préoccuper moins des troubles de l'articulation, phénomènes compensateurs secondaires, et de chercher uniquement à rétablir la coordination de la respiration et de la phonation. Il espère y parvenir par quelques exercices simples exécutés matin et soir. La rééducation de la respiration est essentielle, car il y a dans le bégaiement des spasmes du diaphragme et toutes sortes d'incoordinations respiratoires. Des inspirations nasales, lentes, profondes, silencieuses, en maintenant dilatées les ailes du nez, des expirations encore plus lentes

1. Robert Foy, Le bégaiement, nouveaux essais pathogéniques et thérapeutiques. *Bulletins et mémoires de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, Congrès de 1913.*

et complètes en laissant retomber les ailes du nez, différentes pressions exercées par les mains sur l'épigastre, sur l'abdomen, sur la base du thorax aideront à dilater la région épigastrique pendant l'inspiration, à la comprimer pendant l'expiration. Le bègue doit apprendre à chanter afin de consolider la coordination entre les fonctions phonétiques et les fonctions auditives ce qui est la base du traitement. Les oreilles bouchées lui permettent de mieux entendre et de mieux surveiller ses propres vibrations laryngées. Une ceinture respiratoire, que l'auteur appelle « le ductophone », contenant une pelote de caoutchouc en rapport avec une sonnerie électrique, avertit le sujet par la sonnerie que la poitrine est vide d'air. Il prend l'habitude d'inspirer à ce signal et de maintenir sa poitrine dilatée pendant les exercices de phonation. Ces exercices luttent contre la principale cause du bégaiement, l'incoordination respiratoire. Enfin, un phonographe permet au malade de se contrôler et de se corriger lui-même. Tous ces traitements intéressants, mais moins différents peut-être que l'auteur ne l'imagine des anciens traitements de Chervin, permettent de rééduquer la parole des névropathes atteints de bégaiement.

Les troubles des sensations ou plutôt des perceptions sont plus qu'on ne le croit en relation avec des troubles du mouvement. Aussi n'est-il pas surprenant que bien des auteurs aient essayé de restaurer les perceptions par de véritables éducations des mouvements qui les accompagnent et qui les constituent. M. Nattier, M Marage ainsi que plusieurs autres otologistes ont essayé de rétablir l'ouïe des sourds en éduquant les malades à réagir correctement à des sons déterminés. Les traitements de certains troubles de la vision ont été encore plus heureux : Parinaud, puis Javal, M. Rémy (de Dijon), M. Cantonnet ont travaillé à la guérison du strabisme par une éducation de la vision binoculaire. Le stéréoscope de Javal a été souvent modifié et perfectionné et une certaine gymnastique des yeux a joué un rôle considérable dans ces traitements [1].

Comme on vient de le voir, la rééducation du langage réclame impérieusement la rééducation de la respiration dont nous avons déjà vu l'importance à propos du mutisme hystérique. La rééducation porte donc ici sur une fonction viscérale sans doute, mais

1. Cf. Cantonnet. La rééducation de la vision dans le strabisme. *Presse médicale*, 15 mai 1919

qui n'est pas indépendante complètement de la volonté. Ces exercices respiratoires sont devenus rapidement indépendants de tout traitement de la parole et se sont montrés essentiels en eux-mêmes. Déjà les chefs de la gymnastique suédoise, Ling en particulier, avaient montré l'importance d'une gymnastique respiratoire méthodique et en avaient formulé les règles. Ces mouvements respiratoires étendus et profonds déterminent une ventilation plus active et un balayage complet des résidus : ils ont une grande influence sur la santé générale et peut-être même sur l'activité mentale ; ils devraient faire plus souvent partie du traitement général des névroses. Ces exercices respiratoires deviennent encore plus importants quand les troubles névropathiques portent plus particulièrement sur la fonction respiratoire. J'ai déjà montré à plusieurs reprises[1] que des gymnastiques respiratoires n'agissent pas seulement sur le mutisme hystérique, mais encore sur les toux, les bâillements, les reniflements, les soupirs, les hoquets, si fréquents chez les névropathes. M. Lagrange insiste aussi sur la plupart de ces exercices respiratoires[2] ; il semble admettre que ces gymnastiques peuvent être quelquefois exécutées mécaniquement à l'aide d'appareils qui provoquent les mouvements des membres et du thorax pendant que le sujet reste passif. Il est possible que des exercices de ce genre aient de bons effets dans des maladies organiques : quand il s'agit de névroses, il y aura toujours avantage, si je ne me trompe, à ce que ces exercices soient exécutés avec volonté, effort et attention. Plus récemment M. Rosenthal montrait bien la fréquence et la gravité des insuffisances respiratoires et indiquait bien les règles de cette gymnastique spéciale[3].

C'est aussi à la même époque que le traitement par l'éducation de l'alimentation fut étendu après n'avoir été guère appliqué d'abord qu'aux anorexies hystériques. M. Dubois (de Berne) rappelant les études de Barras (Traité sur les gastralgies ou entéralgies ou maladies nerveuses de l'estomac et de l'intestin, Paris, 1820), soutint qu'un grand nombre de gastropathies sont en rapport avec de mauvaises habitudes. avec des troubles émotionnels et des névroses diverses et il insista sur l'importance d'une éducation

1. *Névroses et idées fixes*, 1898.
2. Lagrange, *Mécanothérapie*, 1899, p. 132-180.
3. Georges Rosenthal, *La Revue des hôpitaux*, 1905.

alimentaire qui ne tînt pas compte des peurs, des préjugés, des mauvaises habitudes du malade. Dans la collection de Psychotherapy de Parker, M. R. C. Cabot place ingénieusement cette thérapeutique parmi les traitements par le travail : « Un individu qui souffre ou qui croit souffrir de l'estomac réduit son alimentation et je le trouve mourant de faim ; je lui ai dit de manger malgré tout et sa santé s'est complètement rétablie. C'est le « work cure » de l'estomac : c'est le travail qui fait l'estomac, les intestins, les organes sexuels aussi bien que le cerveau[1]. » Les mêmes idées sont également exprimées d'une manière intéressante dans l'article de M. A. Blix, « L'influence de l'esprit sur la digestion »[2]. MM. Déjerine et Gauckler ont reproduit sur ce point exactement l'enseignement de M. Dubois (de Berne) : ils montrent comment l'appétit est troublé par une foule de causes morales, comment les mauvaises habitudes interviennent dans la boulimie et dans l'anorexie et quelle est la grande place de l'alimentation dans la vie pratique : ils soutiennent que bien des troubles graves dans les névroses peuvent être supprimés par une judicieuse éducation de l'alimentation. M. Sollier et M. de Fleury ont protesté contre certaines exagérations de cette doctrine en montrant que l'on méconnaissait ainsi nombre de gastropathies réelles et que l'on favorisait les intoxications d'origine digestive. Ils ont raison, mais les auteurs précédents n'avaient pas tort : il s'agit comme toujours de diagnostics précis et de mesure. La plupart des auteurs[3] qui étudient les maladies de la digestion reconnaissent dans leur étiologie la grande importance des mauvaises habitudes alimentaires, des mastications insuffisantes, des déglutitions trop rapides, de l'aérophagie, etc., et insistent sur la nécessité de faire en quelque sorte l'éducation de l'alimentation.

Les fonctions génitales et même la fonction du sommeil ont été également l'objet de tentatives ayant pour but de les régulariser par des exercices éducatifs. L'article intéressant du Rév. Samuel Fellows sur l'insomnie, sa nature, son traitement, montre combien de mauvaises habitudes interviennent dans ce trouble

1. R. C. Cabot, Work cure. *Psychotherapy* de Parker, III, I, p. 27.

2. A. Blix, L'influence de l'esprit sur la digestion. *Psychotherapy* de Parker, III, III, p. 48.

3. Cf. en particulier, M. J. Guisez, De l'étiologie et de différentes formes des sténoses inflammatoires de la région cardiaque de l'œsophage. *Presse médicale*, 4 juin 1917.

et comment l'éducation peut améliorer le sommeil[1]. MM. Déjerine et Gauckler insistent également sur cette éducation du sommeil (p. 517) et les disciplines de la « New thought » américaine comme Will Power Ebbard donnent toutes sortes de règles sur la position à conserver, les paroles à se répéter en se couchant, les dispositions d'esprit à prendre pour bien dormir. Cette revue rapide nous montre l'extension curieuse que prirent à un moment les procédés éducatifs qui s'appliquèrent à la plupart des fonctions motrices et viscérales susceptibles de présenter des troubles dans les névroses.

La rééducation cependant a encore été entendue d'une manière beaucoup plus large quand elle a voulu dépasser le traitement des troubles proprement moteurs pour atteindre les troubles d'apparence plus précisément mentale. D'abord on n'a attaqué ces derniers que par l'intermédiaire des troubles du mouvement eux-mêmes[2]. Comme je l'ai montré à plusieurs reprises, les malades dont les symptômes les plus apparents consistent en phobies, en obsessions, en délires même, et qui ne semblent pas attirer notre attention sur les troubles du mouvement de leurs membres, présentent cependant dans ces mouvements beaucoup de désordres. J'ai insisté souvent sur la faiblesse et surtout sur la brusquerie, l'irrégularité, la maladresse de leurs mouvements qui parfois sont manifestes dès l'enfance, avant l'apparition des troubles mentaux caractéristiques. Cette maladresse des mouvements est en rapport avec les troubles de l'action caractéristiques des névropathes, troubles qui sont la source de tous les accidents ultérieurs. Ne semble-t-il pas vraisemblable qu'une transformation de ces mouvements par l'éducation puisse agir sur l'ensemble de l'activité et soit capable de prévenir ou de supprimer les troubles mentaux. C'est ce que j'exprimais déjà dans mon livre sur les obsessions, 1903, en conseillant d'habituer l'enfant prédisposé au mouvement qui est un des grands antagonistes de la rumination mentale. « Il doit faire, disais-je, beaucoup d'exercices physiques de toute espèce, il faut que ces exercices soient réglés et adroits car

1. Rev. Samuel Fellows, L'insomnie, sa nature, son traitement. *Psychotherapy*, III, 1, p. 74.
2. Voir en particulier Charles K. Mills, The treatment of nervous and mental diseases by systematised active exercises. *The transactions of the Philadelphia county medical society*, January, 11, 1888.

il est essentiel de développer chez lui l'adresse des mouvements physiques. Les scrupuleux sont de terribles maladroits qui ne peuvent rien toucher, rien manier : il faut habituer ces enfants dès le plus bas âge à se servir de leurs mains, à exercer des métiers manuels, à travailler la terre, le bois, le papier, à cultiver des plantes, à construire des objets, à agir sur la réalité. » Des idées de ce genre ont été adoptées par ceux qui s'occupaient de traitements par la gymnastique, mais sans grande précision. M. Lagrange parle de l'importance d'une éducation continuelle du maintien et de la surveillance de tous les instants qui doit être exercée sur certains névropathes pour appeler leur attention sur leurs muscles[1]. « L'influence des attitudes du corps est très grande, disaient également MM. Camus et Pagniez, on développe de l'énergie chez un neurasthénique en lui faisant prendre des attitudes de l'énergie et de la force[2]. » MM. Déjerine et Gauckler insistent sur la correction de ces « attitudes dysharmoniques » auxquelles ils attribuent un grand rôle dans les phobies et les obsessions de la fatigue : « Il sera important de faire marcher les malades lentement à pas comptés, en s'arrêtant pour respirer, de leur apprendre à stationner debout sans chercher une immobilité absolue, de les prémunir contre les troubles de l'équilibre, en un mot de leur apprendre à décomposer le mouvement, à le régler[3]. » — « Pourquoi dans les mouvements contracter plus de muscles qu'il n'en faut, disait aussi M. R. C. Cabot, pourquoi écrire une lettre avec les muscles du dos, de la face, de la langue ? Il faut apprendre à diriger l'énergie motrice intelligemment, à corriger toutes ces mauvaises habitudes[4]. »

Il me semble que le développement de cette idée a été surtout un des caractères curieux du mouvement thérapeutique qui s'est développé en Amérique en opposition à la Christian science sous le nom de « New Thougt ». La plupart de ces auteurs cherchent à modifier l'état mental des névropathes par l'éducation des mouvements des membres et par la suppression de tous les petits désordres qui caractérisent ces malades. Will Walker Atkinson recommande de faire plusieurs fois par jour l'exercice suivant :

1. Lagrange, *Mécanothérapie*, p. 361.
2. Camus et Pagniez, *op. cit.*, p. 150.
3. Déjerine et Gauckler, *op. cit.*, p. 150.
4. R. C. Cabot, The use and abuse of rest in the treatment of disease. *Psychotherapy* de Parker, II, II, p. 25.

« se promener en tenant un verre plein d'eau bien droit devant soi, sans en répandre une goutte : c'est qu'il faut apprendre à surveiller les tremblements et les mouvements involontaires. Il faut lire sans se permettre aucun mouvement des lèvres ou de la langue pendant qu'on lit. Il faut s'exercer à ouvrir lentement les doigts un à un, à les refermer lentement et continuer cet exercice pendant dix minutes de manière à surveiller avec précision le déploiement et la contraction des doigts. » M. Turnbull recommande des exercices du même genre et insiste sur la régularité de la respiration pendant les exercices : « l'accomplissement de ces taches même triviales, est important, il fortifie la volonté. Faites cela rien que pour accomplir une tâche ». Le même auteur insiste sur les exercices de la force du regard : « Il faut s'exercer à fixer avec intensité un point noir sur du papier blanc, soutenir ce regard une minute, arriver à le soutenir quinze minutes, changer la direction du regard et maintenir cette nouvelle direction... Se regarder soi-même dans une glace avec fixité pour s'accoutumer à soutenir le regard d'autrui, fixer les personnes résolument et si on ne peut pas tout de suite les fixer dans les yeux, fixer un point imaginaire à la racine de leur nez... Ne pas oublier que l'homme énergique nous donne constamment l'impression d'être en repos il n'est point nerveux, il ne s'agite pas, ayant le sentiment qu'il a en lui des forces de réserve[1]. » Il est inutile d'énumérer tous ces exercices qui sont toujours du même genre et qui ont le même caractère général. Ils indiquent la même direction thérapeutique : il s'agit toujours d'éduquer l'attitude extérieure afin de parvenir par elle à modifier le moral. Cette notion s'est répandue depuis quelque temps, elle a même pénétré dans la littérature. Dans le roman de Pierre de Coulevain « Sur la branche » on peut voir la description d'une nursery où se fait l'éducation des enfants : « L'autre jour en entrant j'aperçois maître Francis assis mélancoliquement au milieu de la salle, sans jouets, les mains sur les bras de son fauteuil. — Que fait-il donc là ? — Ce qu'il fait, répondit Sarah étonnée de ma question, il apprend à se tenir tranquille, dix minutes le matin, dix minutes l'après-midi ; cela le repose et moi aussi. » Voilà un exercice fort recommandable qui peut faire le plus grand bien à beaucoup de névropathes

1. W. Turnbull, *Cours de magnétisme personnel.*

instables. Toutes ces gymnastiques du rythme, du maintien qui se développent aujourd'hui de tous les côtés répondent à la même conception thérapeutique.

Au delà de ce premier groupe il faut placer un grand nombre de thérapeutes plus hardis et surtout plus conséquents : puisque les troubles mentaux doivent être modifiés par l'éducation, il faut les attaquer directement et faire l'éducation, non des mouvement du corps mais des mouvements de l'esprit, il faut faire faire des exercices à l'esprit lui-même et développer par la gymnastique mentale les facultés qui nous semblent manquer au sujet et qui lui permettront de lutter contre son mal. M. Morton Prince est l'un des premiers qui en parlant du traitement des névropathes ait sans cesse employé le mot d'éducation : « The educational treatment of neurasthenia and certain hysterical states[1]. » Dans cette étude il fait justement la critique du « rest cure » de Weir Mitchell quand il est appliqué avec exagération et sans influence morale. La développement de la nutrition et même l'engraissement n'amènent pas nécessairement la guérison des troubles mentaux et la restauration de la nutrition est plus souvent l'effet que la cause du rétablissement nerveux, ces traitements d'autre part ne sont ni sans inconvénients ni sans dangers. La méthode qu'il préfère appliquer est surtout une rééducation du caractère du malade : il conseille non de l'isoler, mais de le séparer de son milieu habituel et de l'habituer à vivre correctement dans un milieu nouveau. « Ce que j'estime le plus difficile et le plus intéressant c'est ce que j'appelle l'éducation du malade, c'est là-dessus qu'il faut compter pour lui donner des habitudes du corps et de l'esprit qui le rendent capable de retourner au combat de la vie sans succomber... Pour y parvenir, il faut modifier les croyances des malades, leur enlever les appréhensions et détruire cette habitude déplorable de considérer toute sensation désagréable comme le signe d'une lésion grave, irréparable : il faut les habituer à contrôler et à supprimer les états émotifs et ici intervient surtout le tact et le caractère individuel du médecin. » Enfin il faut éduquer le malade à faire le plus d'actions possibles quand elles peuvent être accomplies sans accidents.

1. Morton Prince, Massachusets medical Society, June, 8, 1888. *Boston medical and surgical journal,* October, 6. 1898.

M. Lewellys F. Barker[1] insiste également dans le même sens : le traitement des névroses consiste surtout pour lui dans l'isolement et la psychothérapie et par cette dernière il entend la rééducation de l'émotion, de l'attention, de la volonté : le médecin doit inspirer confiance à son malade, l'éduquer fermement et le faire passer graduellement « de l'absolutisme médical à la self direction ». M. W. Sydney Thayer[2] réclame de même une simple rééducation des fonctions mentales et de la volonté comme des fonctions digestives. M. T. A. Williams ajoute que c'est l'affaire du médecin d'écarter les mauvaises habitudes en développant contre elles de bonnes habitudes[3].

La plupart de ces études sur la rééducation sont assez vagues et semblent porter sur toutes les fonctions de l'esprit indistinctement ; d'autres semblent un peu plus précises et essayent de s'adresser à certaines facultés de préférence. Plusieurs auteurs, par exemple, se préoccupent de la disposition de l'esprit à l'émotion exagérée, de ce qu'on appelle l'émotivité qui joue un grand rôle dans beaucoup de troubles et ils considèrent la résistance à l'émotion comme une sorte de fonction que l'on peut développer par la gymnastique. Oppenheim dans ses lettres médicales, déjà anciennes et dans des articles récents, conseille de commencer dès l'enfance la culture du pouvoir de contrôler les émotions et les passions[4]. Il faut arrêter de bonne heure, les colères subites, les entêtements, les obstinations ; il ne faut pas permettre aux enfants de se mettre en rage, de pleurer, de se tirer les poignets de désespoir. Il faut habituer les malades comme les enfants à avoir toujours présentes à l'esprit des idées opposées qui arrêtent la colère et à la faire cesser rapidement par un acte puissant de volonté qui donne une nouvelle direction aux sentiments. Bien mieux, il faut accoutumer les enfants à supporter des chocs soudains sur les sens, à entendre des bruits violents

1. Lewellys F. Barker, On the psychic treatment of some of the functional neuroses, 1906. Some experiences with the simple methods of psychotherapy and reeducation. *American journal of the medical sciences*, Oct. 1906.

2. William Sydney Thayer, On the importance of simple physical and psychical methods of treatment. *The John's Hopkins Hospital Bulletin*, Nov. 1907.

3. T. A. Williams, A few hints from personal experience in psychotherapy inculcated by physiological analogies. *Monthly Cyclopoedia and medical bulletin*, July 1908.

4. Oppenheim, Psychotherapy in child training. *Psychotherapy* de Parker, I, II. p. 51.

et subits sans sourciller ; il faut mettre les malades dans des conditions qui font naître de petites émotions pour les habituer à exercer leur pouvoir d'inhibition. Ils deviendront ainsi de moins en moins émotifs, ce qui diminuera beaucoup les angoisses et les diverses névroses. La même inspiration se trouve dans l'étude de M. J. Donley[1] qui donne le même but à la psychothérapie. Elle doit avant tout écarter l'habitude de la crainte qui donne naissance à la plupart des névroses.

Cette idée me paraît constituer la partie essentielle des ouvrages de M. Paul Émile Lévy en France. Cet auteur montre justement que bien des troubles d'apparence organique sont en rapport avec des névroses méconnues et que dans ces cas les soins physiques exagérés sont plus nuisibles qu'utiles[2]. La méthode psychothérapique de choix n'est ni la suggestion, ni la persuasion qui ne nous en fournit qu'une formule insuffisante, mais l'éducation ou la rééducation du malade nerveux. Non seulement ce terme d'éducation peut seul bien signifier que la psychothérapie doit être rationnelle, s'adresser essentiellement au raisonnement et la raison, mais aussi et surtout il implique nettement une donnée pathogénique d'une importance capitale, c'est que les névroses hystériques ou neurasthéniques sont avant tout la conséquence, le résultat en quelque sorte fatal du manque ou des erreurs de l'éducation première. « Le neurasthénique, le nerveux est surtout un mal ou un insuffisamment éduqué : l'éducation devient dès lors le traitement primordial des névroses et elle seule, si elle est convenablement faite et poussée assez à fond, peut non seulement produire, mais encore, j'insiste sur ce point, maintenir définitivement leur guérison[3]. »

Cette éducation doit combattre les préoccupations du malade, lui montrer l'importance qu'il y a à régler son émotivité, lui faire comprendre la part de cette émotivité dans les divers symptômes qu'il présente... Pour arrêter ces crises d'émotion, il conseille de respirer plus doucement, de ne pas crier, ni pleurer, ni se plaindre, en un mot « je lui apprends à calmer son impressionnabilité

1. J. E. Donley, Psychotherapy and reeducation. *Journal of abnormal psychology*, April 1911.

2. Paul-Émile Lévy, Les névroses méconnues. Pathogénie psychique et psychothérapie. *Journal des praticiens*, 1906, n° 32.

3. Paul-Émile Lévy, Les principes de la psychothérapie, la rééducation. *Bulletin de la Société de l'Internat*, nov. 1904.

non pas en me contentant d'une suggestion générale et banale, mais en cherchant à opérer ce calme en détail, dans toutes ses manifestations diverses, qui sont la représentation externe de cette impressionnabilité [1]. »

De même que les précédents auteurs se préoccupaient d'éduquer l'émotion, d'autres se sont proposé le problème de l'éducation de l'attention. C'est cette question que j'ai étudié moi-même en 1892 quand j'ai exposé les difficultés et les résultats du traitement d'une obsédée hystérique remarquable, Justine [2]. J'ai montré dans cette étude comment le travail mental au début très difficile a semblé faciliter beaucoup la restauration de l'activité de l'esprit. Je reviendrai d'ailleurs sur cette observation dans le prochain chapitre à propos de l'excitation. M. de Fleury qui insiste également sur l'importance du travail mental indique des procédés qui ont pour objet de le faciliter chez les malades. Il montre justement que dans le travail mental comme dans tous les autres, il y a une part considérable d'habitude qu'il faut développer et sur laquelle il faut s'appuyer. La routine en effet supprime l'effort de la mise en train et économise les forces de toutes manières. M. de Fleury demande que le travail soit fait tous les jours, à une heure régulière, sans interruption et il montre que tous les grands auteurs sont parvenus par ce travail méthodique à de beaux résultats : « Conquérir jusqu'à la manie, jusqu'à la seconde nature l'habitude du travail quotidien. » C'est là ce qui rendra le plus de services à des malades inattentifs et désœuvrés. M. R. C. Cabot, dans son travail intéressant sur le « Work cure », demande que le malade se serve du travail mental comme d'un moyen de guérison. Qu'il apprenne à travailler, à exclure les tracas, « worries », pendant qu'il travaille, qu'il sache donner à son travail une pleine attention suivie d'un complet relâchement, qu'il apprenne également à arrêter son travail : « il faut qu'il sache fermer son esprit comme un bec de gaz après un certain temps de fonctionnement [3]... » Enfin je rappelle que MM. Déjerine et Gauckler dans leur dernier livre répètent également les mêmes notions sur l'importance du travail mental et de l'éducation de l'attention chez les névropathes [4].

1. Paul-Émile Lévy, *Presse médicale*, 29 avril 1903.
2. Histoire d'une idée fixe. *Revue philosophique*, février 1894, p. 121 ; *Névroses et idées fixes*, 1898, I, p. 156.
3. R. C. Cabot, Work cure. *Psychotherapy* de Parker, III, II, p. 24.
4. Déjerine et Gauckler, *op. cit.*, p. 523.

Ce résumé historique, quoique rapide et incomplet, a essayé de montrer une évolution curieuse dans les traitements par la gymnastique et l'éducation. Au début on a essayé de traiter de cette manière des troubles élémentaires et bien limités atteignant des fonctions motrices bien connues. Puis la gymnastique a élevé ses prétentions, elle a été appliquée à des fonctions de plus en plus élevées et compliquées. On a voulu faire une gymnastique de l'émotion et de l'attention comme on avait fait une gymnastique de la marche et de la parole. On peut se demander si dans cette ascension ambitieuse l'éducation a conservé son caractère et s'il est juste d'attendre de ces dernières éducations les mêmes effets que des premières.

2. — La notion d'éducation.

Les traitements dont nous venons de faire un rapide historique sont présentés sous le nom d'éducation et de rééducation : ici encore il est nécessaire de s'entendre sur la conception psychologique qui doit être placée sous ces mots afin de pouvoir apprécier avec plus de précision la valeur et l'opportunité de ces traitements.

Il est évident que dans bien des ouvrages contemporains ces mots sont pris dans un sens très général, toute transformation heureuse d'une conduite pathologique, quand elle se produit lententement et graduellement et quand elle semble dépendre de l'influence d'une personne qui agit régulièrement sur le malade, est appelée une éducation. Bien des auteurs surtout dans les ouvrages de psychothérapie publiés en Amérique emploient ainsi le mot « éducation » à propos d'un traitement psychologique quelconque comme autrefois on employait le mot « suggestion ». Sans revenir sur des discussions déjà faites à propos du mot « suggestion », je rappellerai seulement que cette généralisation ne peut qu'amener toutes sortes de confusions, qu'elle supprime tout diagnostic et toute médication précise.

Il est impossible d'entrer ici dans tous les problèmes de la pédagogie et de chercher comment on doit comprendre l'éducation des enfants ou l'éducation des individus supposés normaux. Il suffit de rechercher quel sens nous devons donner au mot « éducation » quand il s'agit du traitement de malades névropa-

thes et quand on cherche à placer sous ce mot un traitement précis, distinct des autres traitements applicables à ces malades. C'est pour arriver à la définition de « l'éducation » entendue dans ce sens restreint que nous nous arrêterons d'abord sur quelques remarques psychologiques.

La vie ne consiste pas seulement dans l'exercice de tendances qui existent à l'état latent dans l'être vivant, elle consiste aussi dans *l'acquisition et la fixation de nouvelles tendances*. Tout être vivant placé dans un milieu nouveau s'y adapte d'abord en créant de nouvelles combinaisons de mouvements qui aux nouvelles réceptions déterminées par le milieu répondent par une réaction appropriée, ensuite en fixant ces combinaisons de mouvements, en construisant des tendances correspondantes, c'est-à-dire des dispositions à produire cette réaction correctement, rapidement, facilement d'une manière automatique.

Quand l'individu est seul en présence de ces circonstances nouvelles il acquiert ces tendances nouvelles par le procédé des essais et des erreurs, et il les fixe par de longues répétitions. Au début il est poussé par une agitation protectrice à faire une foule de mouvements à tort et à travers ; peu à peu il laisse de côté les mouvements qui ne réussissent pas et il conserve seulement ceux qui réussissent. Les expériences des psychologues sur le comportement des animaux prouvent bien l'existence de ce mécanisme d'acquisition : on le voit en particulier dans les travaux de M. Yerkes. Un chat est mis dans une cage truquée dont il ne pourra ouvrir la porte qu'en pressant un bouton et en tirant une ficelle avec ses dents, et sa nourriture est placée en dehors de la cage. Pour atteindre celle-ci, il tourne de tous les côtés dans la cage, pousse, frappe, griffe toutes les parois, mord tous les objets qu'il peut atteindre. Après bien des efforts inutiles et après un temps parfois fort long il a rencontré dans ses essais le bouton et la ficelle et il réussit à ouvrir la porte. Remis le lendemain dans la même cage il recommence la même agitation et les mêmes essais, mais il arrive un peu plus vite à faire la série des mouvements corrects. Après de longues périodes remplies par ces exercices incessamment répétés il réussit à ouvrir la cage du premier coup sans agitation et sans essais inutiles, dès qu'il voit la nourriture en dehors de la cage. Ce mode d'acquisition des tendances est donc réel et utile, il a l'inconvénient d'être fort lent et d'exiger une grande dépense de forces, le main-

tien d'une haute tension pendant une longue période d'efforts.

Si un autre individu a déjà acquis la tendance nouvelle, il peut par sa seule présence et son exemple faciliter beaucoup l'acquisition des mouvements appropriés chez celui qui ne les possède pas encore. Si le chat est enfermé dans la cage en même temps qu'un autre chat déjà instruit du mécanisme et qui sait s'échapper rapidement, il arrivera plus vite au même résultat. Si l'individu compétent est un homme capable d'observer et de comprendre, il instruira beaucoup plus vite l'animal, car il aura découvert des méthodes d'enseignement qui abrègeront le travail. Dans les expériences de M. Pawlof, on apprend à un chien à saliver quand il entend un coup de sifflet ou quand il voit une lumière. Cette réaction spéciale aurait été très longue et peut-être impossible à obtenir, si l'on ne savait utiliser l'association de l'excitant conditionnel avec l'excitant inconditionnel du réflexe salivaire. L'opérateur sait associer régulièrement le coup de sifflet ou la lumière avec l'excitant ordinaire du réflexe salivaire, l'odeur des aliments. Dans d'autres cas quand il s'agit d'une suite de mouvements complexes, l'opérateur décompose le mouvement qu'il veut enseigner à l'animal, provoquant à propos par des excitants associés les mouvements que l'animal sait déjà faire, les modifiant graduellement par des stimulus appropriés, les compliquant peu à peu en les faisant reproduire dans un ordre déterminé. Il surveille l'exécution de l'acte total, en arrêtant dès le début les mouvements inutiles et en encourageant les mouvements utiles. De cette façon il arrive à des résultats remarquables et il abrège énormément la durée de l'apprentissage.

Enfin, si l'élève lui-même est un homme capable par ses tendances antérieures de réagir au langage et de présenter l'obéissance à la parole, les associations des stimulus, les rappels des mouvements anciens, les arrêts des mouvements inutiles, les encouragements pour les mouvements heureux seront énormément facilités et l'éducation pourra être encore plus rapide. De nombreuses études résumées en particulier dans le livre de M. Woodworth sur le mouvement, 1903, ont montré que par des procédés d'éducation de ce genre, un homme normal pouvait modifier énormément même ses actes les plus élémentaires, qu'il pouvait acquerir le contrôle de ses réflexes, modifier les fonctions de la miction, de la défécation, de la respiration, celle même de la respiration. Dans les leçons que je faisais en 1906 à Boston

sur la psychothérapie, je rappelais à ce propos les expériences curieuses de M. Bair[1] sur le mouvement volontaire des oreilles. Un homme ne remue pas normalement les pavillons de ses oreilles et cependant par une éducation appropriée, en associant le mouvement cherché avec des mouvements volontaires du front il peut y parvenir complètement. A plus forte raison l'éducation intelligente peut-elle transformer des mouvements des membres déjà plus complètement à notre disposition : on sait que les hommes sont susceptibles d'apprendre des actions innombrables et qu ils s'élèvent par l'éducation et l'instruction aux plus hautes opérations mentales. Ces opérations sont au début fort difficiles et réclament de grands efforts conscients, mais elles deviennent par la répétition, grâce au mécanisme de l'habitude, de plus en plus faciles et rapides si bien qu'elles finissent par être exécutées correctement sans attention et presque sans conscience. L'éducation consiste ainsi dans la production et la répétition d'une action nouvelle, quand elle a lieu devant un témoin compétent qui la surveille, la corrige et la fait répéter jusqu'à ce que l'acte soit devenu non seulement correct, mais encore automatique.

Dans ces conditions il est tout naturel que l'on ait essayé d'appliquer ces procédés d'éducation au traitement de certains malades quand leur trouble semble précisément consister dans l'incapacité d'exécuter un certain acte. Il suffira de leur apprendre à exécuter cet acte et ce sera d'autant plus facile que le plus souvent ils ont su autrefois exécuter ce même acte correctement. Il est vraisemblable que leur organisme a conservé des traces de cette tendance qui autrefois était complète. Ces traces persistantes faciliteront l'éducation qui le plus souvent sera une rééducation.

Cette méthode de traitement par l'éducation doit être distinguée des traitements par la suggestion que nous avons précédemment étudiés. Ce qui caractérise la suggestion proprement dite, c'est qu'elle ne crée pas de tendances nouvelles : elle se borne à éveiller, à faire fonctionner des tendances déjà existantes en déterminant des conditions dans lesquelles l'activation de ces tendances est plus facile, grâce aux phénomènes de l'automatisme et en particulier grâce à l'automatisme de l'assentiment.

1. J.-H. Bair, Development or voluntary control. *Psychological review*, 1901, p. 474.

Si je ne sais pas monter sur une bicyclette, il n'y a pas de suggestion qui puisse me faire tenir sur cet instrument, malgré tout mon assentiment à la parole de l'hypnotiseur je tomberai immédiatement. Il faut qu'une éducation spéciale m'apprenne la combinaison de mouvements nécessaires et ensuite il se peut qu'une suggestion permette à cette tendance une fois acquise de s'activer plus facilement. Il résulte de cette différence fondamentale que l'éducation pourra être appliquée avec succès dans des cas où la suggestion aurait été tout à fait impuissante.

L'éducation se rapproche à un certain point de vue des traitements par le repos et l'économie : la possession d'une tendance bien adaptée et devenue automatique sera évidemment le point de départ d'économies de forces très appréciables quand le sujet se retrouvera en présence des circonstances auxquelles l'éducation l'aura adapté. Il pourra faire à ce moment des réactions correctes et automatiques qui lui épargneront les pertes causées par les insuccès ainsi que les dépenses de l'agitation et de l'émotion. Les névropathes se plaignent bien souvent de ne pas avoir assez de bonnes habitudes qui les entraînent dans les circonstances difficiles : « Les autres hommes marchent sur des rails, entre des brancards qui les soutiennent et les poussent en avant ; pour moi je dois toujours marcher sans chemin tracé, c'est là ce qui m'épuise, c'est un tour de force que d'avoir à inventer sa vie à chaque moment. » Une bonne éducation qui créerait dans l'individu un grand nombre d'automatismes utiles mettrait le malade sur des rails, entre des brancards et faciliterait beaucoup le voyage : on peut donc dire que l'éducation prépare l'économie et le repos.

Cependant il ne faut pas confondre les éducations avec des repos : car actuellement, quand la tendance n'est pas formée et qu'il s'agit de la constituer, le sujet est obligé de faire avec effort un grand nombre de mouvements nouveaux dont beaucoup sont inutiles, d'arrêter et de supprimer ceux-ci, de recommencer l'action sur l'ordre de l'éducateur, toutes choses qui provoquent inévitablement des dépenses de forces considérables. Au moment présent l'opération reste coûteuse et ne peut en aucune façon être assimilée à un repos, à une économie. Il s'agit là évidemment d'une autre thérapeutique : elle ne cherche pas à augmenter immédiatement nos revenus par une économie de dépenses, mais elle cherche à augmenter plus tard nos revenus par une

augmentation de notre capital. On pourrait dire à ce point de vue que les méthodes d'éducation sont intermédiaires entre les méthodes de pure économie qui se servent du repos et de l'isolement et les méthodes d'acquisition pure qui se servent de l'excitation et dont nous parlerons plus tard.

3. — Les difficultés de l'éducation.

Ces réflexions permettent de comprendre les difficultés que présentent les applications de ces méthodes d'éducation aux troubles des névropathes.

Il est facile de constater que, laissé seul, livré à lui-même le malade n'arrive pas à s'éduquer, il reste aussi maladroit dans les mêmes circonstances, il n'acquiert pas les tendances qui devraient répondre correctement et automatiquement; il ne parvient même pas à se rééduquer, quand il a perdu une tendance qu'il possédait autrefois d'une manière plus ou moins incomplète d'ailleurs; il ne sait plus la retrouver et la fixer de nouveau d'une manière plus solide. Pourquoi en est-il ainsi? Pour deux raisons, d'abord le malade ne se rend pas compte exactement de la nature de ses troubles et de la nature de l'acte qui lui fait défaut. Il est très difficile de comprendre que tous les troubles névropathiques sont dus à l'insuffisance de quelque action et de préciser quelle est cette action insuffisante : le malade en est bien incapable. Même s'il arrivait à constater en lui-même cette lacune il ne sait comment s'y prendre pour y remédier, il ne sait pas le mécanisme de l'action qu'il cherche à acquérir, il ne sait pas la décomposer en ses éléments, ni répéter isolément les mouvements utiles, ni éliminer les inutiles, ni faire l'action avec cette tension qui fixe la tendance. Il en est réduit à la méthode d'acquisition par agitation incoordonnée qui ne peut aboutir à un résultat qu'avec un temps énorme, une dépense de forces considérable et de grands efforts d'attention pour saisir et arrêter au passage les moindres acquisitions utiles et les conserver. En second lieu, ce travail demanderait une dépense de forces considérable et une grande persévérance : or il ne dispose pas de ces forces considérables et encore moins de cette persévérance. Il est incapable des efforts qui demandent une haute tension psychologique et surtout incapable de les prolonger pendant longtemps. Aussi se borne-t-il le plus

souvent à des efforts momentanés d'agitation qui l'épuisent encore plus sans aucun résultat utile.

Cette éducation n'est possible que grâce à l'aide d'un maître qui montre exactement l'acte qui doit être acquis, et en dirigeant l'apprentissage diminue les dépenses nécessaires. Mais le maître qui est ici le médecin, peut-il complètement supprimer les difficultés précédentes ? Cela me paraît fort douteux et il est probable que ces deux difficultés vont être diminuées, mais vont subsister dans une large mesure. Examinons d'abord la première difficulté : le médecin qui doit jouer le rôle d'éducateur peut-il reconnaître exactement l'acte qui fait défaut au névropathe et est-il bien capable d'apprendre au sujet à faire cet acte correctement ? On commence à peine à soupçonner que les troubles névropathiques sont la conséquence indirecte des insuffisances d'action et que l'émotion n'est qu'une agitation par dérivation à la place d'un acte d'adaptation insuffisant. Le plus souvent il est très difficile d'indiquer avec quelque précision l'acte qui fait défaut et quant à l'analyse de cet acte on sait qu'elle est rudimentaire. L'éducation réussit bien quand il s'agit d'actes artificiels que les hommes ont inventés eux-mêmes et dont ils connaissent assez bien le mécanisme. Un maître de ballet, qui a combiné une danse nouvelle en groupant des éléments empruntés à des danses anciennes, l'enseignera aisément. Ce qu'on enseigne à des enfants normaux ce sont presque uniquement des choses de ce genre, des sciences et des arts construits par des hommes et que les hommes comprennent bien. Il est dangereux de rapprocher comme on le fait souvent, l'éducation des malades névropathes de cette éducation des enfants dans les écoles, car l'enseignement n'a pas du tout le même objet. Il s'agit d'enseigner au malade non des arts inventés consciemment par les hommes, mais des actions naturelles, construites inconsciemment par les êtres vivants dans des âges très anciens avec des éléments que nous ignorons et des combinaisons que nous ne comprenons pas. Nous ne pouvons pas avoir la prétention de les enseigner comme on enseigne la danse ou les mathématiques. On n'enseigne bien que ce que l'on sait très bien et comme nous savons très mal la psychologie de la conduite, nous l'enseignerons très mal. Les sujets auront naturellement à remédier à cet enseignement défectueux par une tension psychologique plus grande et une plus grande dépense de forces.

Je voudrais prendre un exemple pour expliquer cette première difficulté des éducations de névropathes. Voici un cas qui rentre précisément dans une de ces maladies que l'on a proposé de traiter par une éducation en apparence très précise. Une femme de 39 ans, Gb., semble souffrir simplement de la crampe des écrivains. Dès qu'elle essaye d'écrire, ses doigts se serrent sur la plume, chevauchent les uns sur les autres, tout le bras se contracte. Il en résulte que la main appuie trop la plume, la brise sur le papier et que l'écriture à peine lisible dès les premiers mots devient vite impossible. Au premier abord, nous allons dire qu'il s'agit d'un trouble de la fonction de l'écriture et qu'il suffit de rééduquer les tendances relatives à l'écriture. Nous allons suivant les règles indiquées précédemment faire l'éducation des muscles de la main, développer la force des extenseurs, diminuer celle des fléchisseurs, etc. Cette malade a fait consciencieusement les exercices demandés pendant des mois, elle n'est arrivée à aucun résultat, si ce n'est qu'elle est plus épuisée, plus déprimée et qu'elle a maintenant des sortes de crises de nerfs avec des doutes et des angoisses dès qu'elle essaye de toucher une plume. En présence de cet insuccès examinons davantage le trouble qu'elle présente et son développement.

Dès sa jeunesse cette personne était un peu différente des autres enfants : très sage et très scrupuleuse elle tenait à être toujours irréprochable et elle voulait obtenir partout un ordre et une propreté admirables. Ses parents se moquaient d'elle et la trouvaient méticuleuse au point d'en être ridicule : on voulait l'empêcher de se lever à quatre heures du matin pour épousseter et ranger pendant des heures les quelques objets de sa petite chambre. Cette disposition au scrupule, cette recherche de la perfection se localisa, si on peut ainsi dire, dès l'âge de vingt ans sur un acte particulier, sur l'écriture. Cette jeune fille peu instruite, chez qui l'écriture n'avait jamais été une chose habituelle et courante, s'était prise de passion pour une belle écriture nette et propre. Qu'elle eût à rédiger une petite lettre ou à inscrire les comptes du ménage, elle voulait que ce fût joli, d'une netteté irréprochable et elle y travaillait indéfiniment avec une sorte de vanité et de plaisir. Ce qui l'attristait un peu, c'est que son écriture, quoique jolie, n'était jamais à son gré assez régulière. Il paraît « qu'il y avait toujours des lettres plus hautes ou plus basses les unes que les autres et que les déliés n'étaient pas

bien égaux ». C'est pourquoi elle se donnait beaucoup de mal, elle s'ingéniait à placer sa plume sur le papier de différentes manières, etc. En un mot nous voyons apparaître depuis l'âge de 25 ans une manie du scrupule et de la perfection localisée sur l'écriture. Suivant une loi que nous avons souvent établie, l'acte qui est exécuté de cette manière devient de plus en plus difficile et fragile. Or il y a quelques années un petit événement est survenu qui d'un côté émotionna la malade et diminua sa tension et qui de l'autre attira encore plus son attention sur l'écriture et en augmenta la difficulté. On a voulu changer sa situation et lui donner les fonctions d'une première ouvrière. Dans cette place elle est obligée d'inscrire sur un carnet les heures d'arrivée et le travail de ses compagnes. Quelle importance va prendre son écriture sur ce carnet officiel ! Elle frémit en y songeant, elle examine sa pauvre écriture, elle s'épouvante à la pensée qu'il lui faudra écrire en public et alors rien ne marche plus. Ce n'est plus l'écriture inégale dont elle se plaignait, c'est une écriture sale, illisible, impossible.

Après avoir étudié cette histoire nous sommes beaucoup plus embarrassés qu'au début : s'agit-il réellement d'un trouble de la fonction de l'écriture et pour guérir cette malade suffit-il de lui apprendre à écrire ? Si les tentatives d'éducation de l'écriture n'ont eu qu'un mauvais résultat, c'est peut-être parce que l'éducation ne portait pas du tout sur le point essentiel. Le trouble de l'écriture n'est ici qu'une localisation accidentelle d'un trouble de l'action beaucoup plus profond. S'il est possible de transformer cette malade par l'éducation, il faut évidemment éduquer autre chose que l'extension de la main et malheureusement il n'est pas facile d'indiquer avec précision la nature de la tendance qui doit être rééduquée, ni la technique de cette éducation.

Les difficultés de ce genre se répètent à chaque instant : peut-on dire avec certitude qu'une hystérique paraplégique a perdu la fonction de la marche et suffira-t-il de lui rapprendre la série des mouvements de la marche ? Beaucoup d'études déjà anciennes ont montré que ce n'est pas exact : l'hystérique paraplégique possède actuellement fort bien la fonction de la marche, comme le muet hystérique la fonction de la parole et nous avons de la peine à dire exactement en quoi consiste leur trouble. A propos du traitement des tics, nous avons décrit sous le nom de méthode de Brissaud un traitement qui consiste surtout à éduquer le sujet

à maintenir l'immobilité volontaire. C'est admettre implicitement que c'est cette fonction de l'immobilité volontaire qui est insuffisante chez le tiqueur. Est-ce bien démontré ? Est-il certain que tout individu normal, qui ne tique pas, possède une grande puissance d'immobilité volontaire : j'ai vu des enfants et même des adultes absolument incapables de conserver l'immobilité pendant qu'on cherchait à les photographier et cependant ces personnes n'avaient aucun tic. Un individu incapable de se tenir au port d'armes ne devient pas forcément un tiqueur. Il est bien probable qu'il y a en plus bien d'autres troubles chez l'individu qui tique. Aussi le traitement par l'éducation de l'immobilité volontaire qui réussit quelquefois, sans que nous sachions bien pourquoi, échoue-t-il dans d'autres cas, probablement parce que nous ne faisons pas porter la rééducation sur le point essentiel.

Trop souvent des tics se prolongent malgré des efforts de rééducation qui semblent avoir été sérieux et suffisants. Ay., f. 43, présente un torticolis spasmodique typique à la suite de préoccupations relatives à un courant d'air. C'est une femme inquiète, agitée, évidemment hypocondriaque, elle fait cependant des efforts sincères, mais n'arrive après quatre mois à aucun résultat bien net. Ic., f. 45, a déjà eu une première crise de torticolis spasmodique à l'âge de 27 ans à la suite de fatigues et le tic s'est prolongé pendant huit ans malgré tous les traitements. La guérison qui s'est faite lentement a été complète pendant sept ans. Mais actuellement, probablement à l'occasion de la ménopause, le tic a réapparu complètement depuis trois ans. Tous les efforts de gymnastique et de rééducation, exécutés consciencieusement et avec ténacité pendant deux mois et demi semblent avoir diminué un peu le tic, mais ne semblent pas le modifier sérieusement.

Quand nous voulons dépasser maintenant ces tics et ces crampes, quand nous nous trouvons en présence des agoraphobies, des phobies de toutes espèces, des perversions génitales, des obsessions, des délires, allons-nous prétendre que nous connaissons exactement la tendance qui est troublée et que nous avons à rééduquer ? Peut-on soutenir sérieusement que c'est la fonction de la parole qui est troublée chez le timide, ou celle de la marche qui est altérée chez l'agoraphobe ? Et quand il s'agit d'un délire, suffit-il de dire qu'il y a une altération de l'attention ? Mais les psychologues d'aujourd'hui ne savent plus très bien si l'attention

est une fonction spéciale, si même il existe une opération qui corresponde à l'ensemble des faits grossièrement rangés sous le nom d'attention, il y en a même qui veulent supprimer ce mot « attention » du vocabulaire psychologique. Les médecins vont-ils pouvoir rééduquer cette attention sur laquelle nous savons si peu de chose ? Les insuccès thérapeutiques ne doivent pas nous surprendre.

Il est vrai cependant que ces réflexions ne sont pas absolument décourageantes : elles nous montrent que les insuccès de l'éducation ne viennent pas de la faiblesse du procédé, mais de l'ignorance de l'opérateur. Une connaissance approfondie de la physiologie de la marche permet de mieux rééduquer des tabétiques, des progrès de la science psychologique qui nous feront mieux connaître les tendances impliquées dans les diverses conduites et leur mécanisme rendront plus tard l'éducation des névropathes plus facile et plus puissante.

Malheureusement nos recherches précédentes sur la nature de l'éducation nous font prévoir une autre difficulté bien plus grave. En admettant que nous sachions bien ce que nous voulons faire apprendre au malade, demandons-nous s'il va être capable de nous obéir et de l'apprendre. Apprendre une chose nouvelle, cela suppose une surabondance de forces capable de créer de nouvelles combinaisons de mouvements, de se dépenser en essais, capable de sélectionner et de fixer. C'est là le fait des natures riches à forte tension psychologique, comme on les observe chez les enfants normaux. Un des grands caractères de l'abaissement de la tension psychologique caractéristique de nos malades c'est la diminution et la suppression de cette force d'acquisition, l'insuffisance des adaptations et des acquisitions nouvelles. Ce fait est bien manifeste dans l'amnésie continue de ces malades, dans leur incapacité à s'adapter à des situations nouvelles : « Je ne peux pas plus apprendre un morceau de vers nouveau que je ne puis m'habituer à mon appartement ou à ma femme. » Quand ils essayent de s'acclimater, de s'adapter à ces changements de situation, ils présentent des insuffisances, des fatigues, des angoisses ou des obsessions de sacrilège. Et vous voulez précisément leur demander une adaptation de ce genre particulièrement difficile, malgré toutes vos précautions pour la simplifier. Vous allez simplement les épuiser par des efforts inutiles, augmenter leur dépression et leurs agitations.

L'observation vient trop souvent justifier ces craintes : si on considère les choses sans parti pris on est obligé de constater dans bien des cas que des tentatives de rééducation, en apparence tout à fait rationnelles, ont fait au malade plus de mal que de bien. J'ai déjà fait à ce propos allusion aux dangers de l'éducation des tiqueurs. Il n'est pas toujours bon d'habituer pendant longtemps à des pratiques minutieuses de ce genre des malades dont on ne connaît pas bien l'état mental. Des hypocondriaques, des scrupuleux transformeront facilement en tics et en manies les exercices qu'on leur fait faire : je l'ai constaté à plusieurs reprises. Hn., h. 43, a commencé le traitement et les exercices stéréoscopiques de Javal pour guérir un strabisme congénital dont il s'avise un peu tard de se préoccuper. Le médecin lui a recommandé d'éviter la vision monoculaire et de tenir l'œil gauche fermé pendant quelque temps en ne l'ouvrant qu'au moment des exercices stéréoscopiques, quand il est capable de participer à une action binoculaire correcte. Depuis trois ans, Hn., porte sur l'œil gauche un énorme bandeau en cuir de sa fabrication, il prend des précautions invraisemblables pour empêcher la pénétration toujours possible d'un rayon lumineux dans l'œil gauche, il a des désordres énormes et des désespoirs quand il se figure que ce malheur est arrivé. Quand il découvre cet œil il se livre à des gymnastiques compliquées, puis il le referme immédiatement. En un mot il a créé des impulsions et même des délires à propos de son traitement par la rééducation. Il est évident que cela peut arriver à propos de tous les traitements, surtout quand ils ne sont pas suffisamment dirigés par le médecin ; mais il était bon de remarquer que ce traitement gymnastique n'est pas plus que les autres à l'abri de ce danger.

Il faut également savoir que ce traitement demande souvent des efforts sérieux et peut imposer au malade une fatigue excessive. Les exercices que l'on impose ne sont pas aussi simples et aussi naturels qu'ils le paraissent, il n'est pas exact qu'un homme normal possède toujours une disposition à maintenir pendant longtemps une immobilité voulue, ou une tendance à exécuter lentement des mouvements en les surveillant constamment : nous sommes loin de nous mouvoir ordinairement de cette façon. Il est souvent difficile d'apprendre aux jeunes soldats à se tenir immobiles au port d'armes et c'est un exercice fatigant. Sans doute cette tendance sera utile au tiqueur pour arrêter ses mouvements anormaux, mais pour l'ac-

quérir il doit se mettre dans des conditions assez artificielles, il lui faut beaucoup d'efforts et une grande tension psychologique. Aussi n'est-il pas surprenant que des individus débiles s'épuisent dans ce travail. J'ai déjà signalé à ce propos l'observation si intéressante d'Émile : ce jeune homme de 15 ans, scrupuleux, phobique, présentait des tics des yeux, du visage, des mains en rapport avec ses obsessions. On voulut le traiter par la simple rééducation des mouvements sans se préoccuper suffisamment de cet état mental et il se prêta consciencieusement à la tentative. Le résultat fut déplorable : le malade complètement épuisé eut des troubles digestifs, des crises d'entérite glaireuse avec fièvre, qui, d'ailleurs, surviennent chez lui après toutes les fatigues graves, et ensuite il présenta une dépression mentale beaucoup plus forte qui transforma en délire ses obsessions précédentes.

Si nous laissons de côté ces accidents évidemment rares, nous constatons malheureusement des insuccès. Un des incidents les plus fréquents c'est la transformation de la maladie. Le tic dont on se préoccupait paraît se modifier favorablement, mais pendant sa guérison on voit se développer dans la même partie du corps ou dans une autre un tic nouveau souvent plus désagréable que le premier : des tics de la respiration et même des exclamations remplacent chez Co. des tics des yeux et de la face. Ou bien on voit se développer dans les mêmes conditions d'autres accidents psychasténiques, des manies mentales ou des obsessions : Kd., h. 15, cesse bien ses tics de la marche, mais il est maintenant tourmenté par des phobies et des obsessions relatives aux petites bêtes, aux insectes qu'il écrase en marchant de cette façon que sa famille trouve plus normale. Dc., f. 48, présentait depuis des années un tic de polypnée avec reniflement, des exercices respiratoires semblent en avoir assez facilement raison ; mais quand le tic diminue la malade présente une parésie des jambes et des obsessions de folie. Hq., f. 17, anorexique, présentant depuis un an un refus entêté des aliments est peu à peu rééduquée à l'alimentation et tombe alors dans des états somnambuliques délirants. C'est la cinquième fois que j'observe cette singulière substitution d'un état de bavardage délirant à l'anorexie. Xof., f. 21, quand on guérit ses tics de la gorge a des tics et des contractures aux pieds, il en est de même pour plusieurs autres.

Beaucoup de malades d'ailleurs ne présentent même pas ces accidents ou ces changements, car ils ne sont pas capables de se

soumettre à des traitements semblables pendant un temps prolongé. Ils semblent comprendre l'intérêt de ce qu'on leur demande et accorder une sorte de consentement volontaire, mais ils ne font pas les exercices avec une attention suffisante, et se découragent très vite sans avoir obtenu de résultats bien appréciables. Une femme de 41 ans, toujours craintive et scrupuleuse a été très effrayée parce qu'elle a failli tomber d'un balcon et qu'elle a vu le vide au-dessous d'elle. Elle a gardé à la suite de cette émotion un singulier tic des paupières : de peur de voir le vide, elle a pris l'habitude de fermer les paupières à demi. Peu à peu le clignotement des paupières et le spasme ont augmenté à un tel point qu'elle ne peut plus maintenir les yeux suffisamment ouverts pour se conduire dans la rue et qu'elle devient semblable à une aveugle. Eh bien le traitement par rééducation semble au premier abord assez facile : la malade maintient facilement les yeux ouverts pendant une demi-minute quand on reste auprès d'elle pour le lui commander, il semble qu'il n'y ait qu'à persévérer. Malheureusement au bout de peu de jours malgré des progrès visibles la malade refuse de continuer les exercices. « Il lui est impossible de faire de pareils efforts qui l'émotionnent et qui la fatiguent : il vaut mieux rester aveugle toute sa vie que de lutter ainsi contre soi-même. »

Voici une observation étrange qui au premier abord semblait présenter les chances les plus favorables pour un traitement éducateur. Un homme de 41 ans présente la phobie des escaliers et des terrains en pente qu'il voit monter devant lui. Dès qu'il essaye de monter une de ces pentes ou quelques marches de l'escalier, il a un énorme gonflement de l'estomac et des palpitations cardiaques avec de terribles angoisses. Il s'agit d'une forte déglutition d'air qu'il exécute à son insu dès qu'il aperçoit la pente. Pour éviter ces phénomènes qu'il redoute tellement, il monte les escaliers en marchant à l'arrière et il traverse les chaussées des rues en marchant à reculons jusqu'au milieu de la chaussée afin de ne pas voir la pente du terrain, car il n'a pas de troubles s'il ne voit pas le terrain qui monte. Il est assez facile de comprendre qu'il s'agit primitivement d'un tic d'aérophagie : cet homme dès qu'il a une émotion avale de l'air en quantité, il gonfle ainsi son estomac, puis il s'épouvante de ce gonflement et de la gêne apportée à la respiration. Ce tic s'est localisé et s'est associé avec une certaine forme d'agoraphobie ; ainsi s'est constitué le singulier trou-

ble que ce malade présente dès qu'il voit devant lui un terrain qui monte légèrement. Il s'agit d'un homme qui semble intelligent et qui paraît être resté capable de quelques actions, n'est-il pas indiqué de le traiter par des exercices respiratoires, par une éducation de la déglutition qui réussit chez beaucoup d'aérophages et par une éducation de la marche ? Le malade semble comprendre, mais il n'a aucun courage, aucune persévérance et il abandonne rapidement ses petites tentatives sans avoir obtenu la moindre amélioration.

Beaucoup d'autres malades ne réussissent même pas à commencer le traitement. Ils semblent l'accepter au moins en théorie, mais ils ne peuvent parvenir à commencer un acte, ils discutent, ils hésitent, ils dépensent en contorsions des heures et des heures avant d'avoir fait la centième partie de l'exercice qu'on leur demande. Aj., f. 37, présente depuis sa jeunesse toutes sortes de troubles de la volonté, de la distraction, des lenteurs, des manies de recommencer, des entêtements, etc., elle reconnaît ses torts, s'en désole et veut se transformer ; avec l'aide de son mari qui entreprend son éducation elle fait des efforts persévérants pour se réformer. Le mari désespéré renonce à tout parce que après trois ans il n'a pas constaté le plus petit progrès et la femme avoue elle-même : « dès que mon mari me parle je pense à autre chose, pendant qu'il m'explique je calcule les plats avantageux que je ferai faire à la cuisine ; je ne puis pas suivre ce qu'il me dit. »

Quand il s'agit de ces troubles si nombreux que l'on range sous les noms d'aboulies, d'obsessions scrupuleuses ou sacrilèges, de délires du contact, etc., on comprend facilement qu'il s'agit d'un trouble de l'action et qu'il faudrait éduquer graduellement les malades à faire plus correctement les actes qu'ils redoutent et qui amènent les angoisses. Ils semblent accepter, mais ils comprennent très bien que l'on va les amener à manier ces objets dont ils ont peur et, quoiqu'ils prétendent reconnaître l'absurdité de leurs terreurs, ils n'ont pas le courage de les braver. On dépense des heures et des heures à leur faire commencer l'action et ils nous arrêtent par une absurdité quelconque en déclarant comme Clarisse qu'ils vont déterrer le cadavre de leur père si on les force à rester seuls un instant ou à faire leur toilette convenablement. Dans des cas plus graves de délire asthénique ou de confusion mentale la question de l'éducation ne se pose même pas car le médecin comprend tout de suite qu'il est impossible

d'obtenir de ces malades un acte précis et la répétition d'efforts quelconques.

Dans ces conditions peut-on surveiller, corriger, perfectionner une action qui n'est jamais accomplie quand on la demande, peut-on espérer que cette action va se perfectionner et se fixer par la répétition, quand il n'y a ni action, ni répétition. L'éducation perd tous ces droits dans des maladies où l'action elle-même est supprimée. C'est là le grand argument de beaucoup de directeurs de maisons de santé, de médecins habitués à voir l'évolution de ces névroses, et qui se rient de la psychothérapie. L'éducation, la rééducation des névropathes, disent-ils sans cesse, est un thème à spéculations philosophiques ; elle ne réussit que sur des malades peu atteints ou déjà à moitié guéris, dès qu'il s'agit de malades véritables elle n'a aucune action réele. C'est ce qu'exprime en réalité M. Deschamps quand il soutient que les asthéniques ne sont pas susceptibles d'entraînement, d'édication. « Ces malades, dit-il, sont atteints d'aphorie, ils ne se modifient pas par les efforts répétés et au bout d'un an d'efforts ils sont au même point qu'au premier jour. » Cet auteur en conclut qu'il est inutile de leur faire dépenser ces efforts infructueux et il n'admet en somme que le traitement par l'économie des forces et par le repos.

4. — Quelques essais d'éducation dans les troubles du mouvement.

Des conclusions pessimistes seraient cependant exagérées, car on peut leur opposer un fait que personne ne peut mettre en doute et qui montre au moins que l'éducation chez les névropathes conserve une certaine puissance, ce sont les effets des mauvaises éducations qui peuvent certainement jouer un grand rôle dans les aggravations de la maladie.

Voici un exemple entre mille : une femme de 50 ans présente dans un état de dépression la plus singulière et la plus pénible obsession : depuis deux ans elle ne peut penser qu'à ses selles et à ses matières fécales. Perpétuellement, toute la journée et souvent toute la nuit, elle parle de ses dernières selles qui ont été insuffisantes ou trop abondantes, de sa constipation ou de ses débâcles réelles ou imaginaires, de la façon dont elle a été ou dont elle ira aux cabinets, de l'heure qu'il faudra choisir le len-

demain, de l'examen des selles qu'elle n'ose faire elle-même et qu'elle fera faire par une autre personne, des mouvements de son anus, de sa digestion, etc. Elle se désole de penser constamment à ces malpropretés, elle gémit de cette décadence intellectuelle qui la dégoûte elle-même et immédiatement elle recommence à demander des aliments constipants ou des aliments relâchants. Il est intéressant de remonter en arrière et de rechercher comment s'est constitué un semblable état mental. Il s'agit évidemment d'une psychasténique constitutionnelle qui a présenté dès sa jeunesse tous les troubles de l'action et de l'attention, tous les sentiments d'incomplétude, mais on est obligé d'ajouter que son esprit a évolué dans des circonstances particulières. Elle appartenait à une famille dont tous les membres étaient hypocondriaques, elle a vécu dans un milieu où l'on parlait sans cesse de digestion, de régime et de médicaments. Poussée elle-même par un besoin maladif d'attirer l'attention sur sa personne, de réclamer des soins perpétuels elle a suivi l'exemple des personnes de sa famille, s'est constamment préoccupée de sa santé et s'est exercée toute sa vie à surveiller toutes ses sensations internes : « Je suis une poupée cassée dont les yeux sont tombés en dedans. » Comme cela arrive si souvent chez les névropathes, elle a eu pendant des années de la constipation et de la colite muco-membraneuse : les consultations, les séjours dans les villes d'eaux, les traitements interminables, les innombrables lavements ont rempli sa vie et sa pensée pendant toutes ces années et ont dirigé l'hypocondrie vers les fonctions intestinales. Chose curieuse sur laquelle il faudra revenir, les troubles intestinaux proprement dits, la véritable colite muco-membraneuse sont complètement guéris, ils ont disparu quand sont arrivés les troubles de la dépression mentale ; mais à ce moment l'obsession s'est installée et elle a porté sur les troubles intestinaux précédents : l'obsession de la colite remplace la colite elle-même. Ne peut-on pas dire que l'état mental actuel est le résultat d'une longue éducation faite par la famille et par les médecins et que c'est l'éducation qui a fini par orienter la névrose dans une direction particulière.

Voici un second exemple également démonstratif : Clarisse, f. 35, était malade en réalité dès l'enfance, mais elle a présenté les premiers symptômes nettement pathologiques vers 15 ou 16 ans. A ce moment elle souffrait de ces obsessions scrupuleuses que l'on voit chez tant de jeunes filles et qui se présentent sous

la forme de peur de l'action : « J'ai peur de me mal conduire, peur d'être impudique, peur de faire du mal aux autres, peur de mettre des éclats de verre dans la carafe et de laisser boire cette eau à mon père, etc. » Par un grand effort elle repoussait ces actions, elle refoulait ces prétendus désirs. Puis dans une seconde phase survenue chez elle vers 19 ans elle a passé au second degré : le désir de l'action perpétuellement refoulé et considéré comme si redoutable a paru grandir et s'est présenté comme une impulsion : « Je n'ai plus peur de me mal conduire, j'ai une envie terrible de me mal conduire, je n'ai plus peur d'empoisonner les gens, je me sens poussée, entraînée à empoisonner les gens... » A cette période les malades ne se bornent plus à refouler le désir dans leur pensée, ils prennent des précautions contre eux-mêmes, ils refusent de toucher les objets dangereux, ils demandent qu'on les surveille, ils ne veulent plus rester seuls, etc. Entourée d'une famille elle-même religieuse et scrupuleuse, peu instruite sur les maladies mentales et beaucoup trop faible, Clarisse a pu satisfaire tous ses caprices. Avait-elle peur qu'un objet ne fut souillé, on le lavait devant elle comme elle le désirait, imaginait-elle qu'elle apportait des microbes dangereux, on faisait sur sa demande toutes les pratiques antiseptiques, se croyait-elle contaminée et dangereuse, les membres de la famille évitaient de la toucher ou ne venaient la voir que couverts de blouses aseptisées et entourés de fumigations : en un mot tous les symptômes de la maladie ont été soigneusement cultivés. Au bout de dix ans de cette éducation la malade présente le plus beau délire psychasténique que l'on puisse imaginer, elle passe toute la journée debout dans un cabinet de toilette à se faire laver constamment toutes les parties du corps par deux femmes qui ne font pas autre chose que de la frotter d'antiseptiques, la nuit elle se fait attacher dans son lit avec des cordes solides qui lui entrent dans la peau de peur qu'elle ne se lève dans son sommeil pour commettre des crimes immondes. De concessions en concessions on est arrivé à donner à la maladie un développement invraisemblable et à faire à la pauvre fille la vie la plus misérable.

L'aggravation des symptômes dans les cas de « délire à deux », a été bien souvent décrite par les aliénistes : dans une famille deux personnes également malades se dirigent l'une l'autre, excitent, surveillent et perfectionnent réciproquement leur délire.

Dans tous ces cas on ne peut mettre en doute la puissance de l'éducation pathologique. S'il en est ainsi, on admet donc que le mécanisme de l'éducation a une certaine influence sur les névroses et les psychoses. Pourquoi ne pas admettre aussi que cette même force, dirigée plus correctement puisse jouer un rôle favorable ?

Sans doute nous venons de constater que dans nos observations l'éducation entendue dans un sens précis ne s'est pas montrée toute puissante et que bien souvent elle a abouti à des échecs. Cela est exact, mais il ne faut pas supprimer tous les autres cas où les résultats de ce même traitement n'ont pas été du même genre. Dans bien des cas des malades ont été améliorés et même guéris par des procédés thérapeutiques qui correspondaient entièrement à notre définition de l'éducation.

En premier lieu je signale sans y insister, car je ne me suis pas voué particulièrement à l'étude de ces techniques, la rééducation de la marche chez deux tabétiques présentant un grave degré d'ataxie qui au début ne pouvaient guère se lever de leur siège et faire quelques pas sans être soutenus. Ils sont arrivés, l'un en quatre, l'autre en six mois à faire de longs parcours dans les rues simplement avec l'appui d'une canne ; mais ils ont toujours eu besoin de continuer leurs exercices et de se surveiller. Les résultats ont été moins heureux avec un hémiplégique spasmodique, mais il est certain que la rééducation a rendu possible une marche lente à laquelle le malade avait dû renoncer complètement. Enfin des efforts prolongés et aidés cependant par l'énergie considérable du malade n'ont modifié que légèrement la marche d'un jeune homme qui présentait des troubles cérébelleux : le désordre si curieux de la marche n'a pu être que partiellement corrigé. Ces essais m'ont convaincu cependant que des spécialistes de ces traitements, mieux instruits de la physiologie de la marche et du mécanisme de ses divers troubles, obtiendraient facilement des résultats remarquables. Comme le disait justement M. Maurice Faure[1], « il ne faut pas que le malade fasse tout seul des exercices inutiles et quelquefois dangereux, il faut que la technique s'adapte exactement au but à obtenir et au trouble à corriger. » Il y a là une voie ouverte à une thérapeutique qui sera d'autant plus puissante que la physiologie des mouvements sera plus avancée.

1. Maurice Faure, *Société de l'Internat*, janvier 1908.

Le traitement éducatif des diverses paralysies hystériques, des chorées ou des tics hystériques semble théoriquement moins simple. Le désordre n'est plus ici dans la simple exécution mécanique du mouvement, il atteint des actes proprement psychologiques, il est en rapport avec l'attention, la conscience de la personnalité et des idées fixes. En outre l'état mental du sujet est moins bon et il y a déjà une dépression mentale caractéristique. Aussi le traitement est-il en général plus complexe : la désinfection morale qui recherche et atteint les idées fixes sous-jacentes, l'économie des forces par le repos et surtout la suggestion doivent le plus souvent intervenir. Cependant je trouve dans mes notes un certain nombre de cas où ces divers traitements n'ont pu être appliqués ou bien ont échoué et où la simple rééducation du mouvement attentif a été suffisante. Dans sept observations les malades avaient conservé depuis longtemps des paraplégies, des abasies ou des paralysies d'un membre et ont été guéries complètement après quelques mois de cette gymnastique méthodique. Un cas curieux est celui de Mme X, qui a 50 ans conservait encore des troubles de la marche, reliquat d'une abasie grave survenue à l'âge de 20 ans et mal guérie et qui put les faire disparaître par six mois d'exercices gradués. Chez une autre malade, Na., f. 30, des secousses et des tics de toute espèce se combinaient avec l'abasie, il fallut lui apprendre non seulement à marcher correctement mais encore à arrêter toutes ces secousses et tous ces cris. L'éducation fut longue et dura plus de huit mois.

Dans six cas de mutisme hystérique le rôle des traitements suggestifs et des traitements portant sur les idées fixes me semble avoir été à peu près nul et la guérison n'a été obtenue que par la gymnastique de la respiration et de la parole, plus ou moins longtemps prolongée. J'insiste sur le cas curieux de Oa., f. 14, qui à la suite d'émotions présenta à la fois du mutisme et de l'agraphie, qui perdit la parole et l'écriture qu'elle possédait très bien auparavant. C'est là un des cas d'association des troubles de la parole et de l'écriture chez les hystériques qui sont assez rares et dont j'ai signalé quelques exemples[1]. Il fallut lui rapprendre à écrire comme à parler et la restauration ne fut complète qu'au bout de trois mois.

Les éducations du mouvement des membres jouent également

1. *Névroses et idées fixes*, 1898, II. pp. 404, 454.

un grand rôle dans le traitement des contractures hystériques qui se combinent si souvent avec les accidents précédents. Il est, paraît-il, nécessaire de rappeler brièvement que certaines pratiques sont absolument néfastes et doivent être soigneusement évitées. On ne doit jamais lutter avec violence contre une contracture hystérique sous prétexte qu'il s'agit d'une toquade et d'un entêtement du sujet. Quoique cela puisse paraître incroyable, des médecins sont arrivés de cette manière à luxer et à briser des membres, ce qui est, on l'avouera, un singulier mode de traitement. Si l'on n'arrive pas toujours à cette extrémité, on exaspère du moins en agissant ainsi la résistance et l'entêtement du sujet et on augmente les contractures : le traitement de cet accident est avant tout un traitement de douceur. Une autre pratique autrefois employée est également désastreuse, c'est celle de la contention des membres contracturés par divers procédés et en particulier par des appareils plâtrés. En agissant ainsi on immobilise un membre qui est toujours contracturé ou en instance de contracture, on empêche le malade de le mouvoir et d'en reprendre conscience et on aggrave la maladie. On peut se servir du chloroforme pour établir le diagnostic, mais au réveil on doit laisser le membre libre, même quand il reprend sa position anormale et on doit lutter par d'autres procédés. Une bonne recommandation que faisait autrefois Charcot est celle d'intervenir dès le début de l'accident, au moins dès que la contracture hystérique peut être reconnue. Ces accidents se transforment par évolution, ils changent de nature psychologique et deviennent plus tenaces, quand ils se sont prolongés pendant un certain temps. Comme Charcot le répétait autrefois, il ne faut pas laisser traîner les contractures.

Ce singulier phénomène de la contracture hystérique que j'ai longuement étudié ailleurs[1] est le plus souvent un phénomène assez complexe. Il est souvent en rapport surtout au début avec des attitudes expressives de certaines idées fixes ou d'états émotifs permanents d'une manière plus ou moins consciente. Beaucoup sont au début des contractures systématiques en rapport avec des états émotifs déterminés persistant à peu près subconsciemment et ce n'est que plus tard qu'elles se généralisent à tous les muscles du membre de manière à donner l'attitude classique de

1. *Névroses et idées fixes*, 1898 ; *État mental des hystériques*, 2e édition, 1911.

la contracture totale du membre. Il y a en outre dans la contracture un état mental assez spécial, une sorte d'entêtement, de délire de résistance qui modifie l'aboulie ordinaire de ces malades. Certains sujets ont en même temps que des contractures des obstinations de toutes espèces et ils ne peuvent pas plus renoncer à ces caprices qu'ils ne peuvent détendre les muscles des membres. A de certains moments on voit tomber simultanément et l'entêtement et la contracture. Mais indépendamment de tous ces phénomènes, il y a dans la contracture, comme dans la paralysie hystérique, un oubli curieux de la fonction du membre, une sorte de désintéressement de cette fonction qui laisse les muscles à la disposition des tendances automatiques. On peut discuter sur l'origine de cet oubli, le rattacher à la suggestion, à des idées fixes, à un épuisement de la fonction chez des individus déprimés dont le champ de conscience est rétréci, peu importe il est nécessaire de tenir compte de ce caractère dans le traitement des contractures.

Les méthodes de la désinfection morale nous permettent de modifier les idées fixes, d'effacer chez Yz., f. 17, le souvenir de la maladie de son père dont, comme on l'a vu, elle imitait l'attitude, chez Pc., f. 19, la peur persistante de l'omnibus qui déterminait l'attitude de l'épaule, chez cinq autres malades le souvenir d'un accident local, d'une entorse, d'une fracture qui entretenait l'attitude pathologique. Les méthodes d'économie mentale et d'autres que nous verrons plus tard nous permettent de diminuer l'aboulie et la dépression. Et nous nous trouvons en présence d'un problème analogue à celui que présentait le traitement des paralysies hystériques. Il faut habituer le sujet à reprendre possession de la fonction dont il a perdu le gouvernement, à reprendre la conscience de ses membres et de leurs mouvements.

Nous avons affaire à des sujets qui ne sont guère capables de remuer volontairement leurs membres et de faire une gymnastique méthodique. Le seul procédé que nous ayons à notre disposition pour les exercer à prendre conscience de ces mouvements est la mobilisation passive du membre contracturé et quand la résistance est trop grande pour déterminer aisément des mouvements le massage des muscles contracturés. Ce massage s'ajoute aux procédés précédents dans les cas récents où les idées fixes jouent un grand rôle ; il est souvent suffisant à lui seul, dans des

cas anciens où les idées primitives ne jouent qu'un faible rôle. Ces mobilisations et ces massages sont faits avec avantage pendant le sommeil hypnotique, mais souvent ils ne pourront être faits que pendant l'état normal. En quelques séances dans des cas heureux, chez une dizaine de malades, graduellement dans un nombre de séances plus considérable dans la plupart des autres cas, ce sont ces procédés qui nous ont permis de nous rendre maîtres de la plupart des contractures hystériques, dans une cinquantaine de cas qu'il est impossible d'étudier ici en détail.

L'effet principal de ces massages et de cette mobilisation me semble être une éducation du sujet ; il est amené peu à peu à percevoir avec conscience les modifications de ce membre qu'il était trop disposé à oublier dans son attitude fixe. Ici comme dans le traitement de la paralysie il est indispensable d'attirer l'attention du sujet sur le membre malade. Il ne faudrait pas, comme cela est possible dans d'autres massages, lui permettre de lire un livre pendant que le médecin cherche à mobiliser son bras : il faut le forcer à regarder, à sentir ce qu'on lui fait, à collaborer dès qu'il le peut. D'ailleurs, quand ce massage des contractures est efficace, il détermine une douleur spéciale : comme je l'ai souvent observé, un sujet contracturé qui ne se plaint pas du massage ne fait aucun progrès, c'est quand il commence à souffrir que ses muscles cèdent et se détendent. On observe en particulier une forte douleur quand on masse les muscles droits antérieurs de l'abdomen si souvent contracturés chez les névropathes[1], quand on masse les temporaux, les maxillaires, les muscles du cou, comme cela est si souvent nécessaire dans les troubles de la parole et de la déglutition. Le sujet se plaint de fourmillements, d'agacements, de grandes douleurs qui vont quelquefois jusqu'à provoquer l'attaque d'hystérie si on ne dirige pas ce travail avec précaution. Dès que l'on a obtenu quelque progrès, il faut en profiter pour mobiliser le membre et pour demander au sujet de faire lui-même de petits mouvements si faibles qu'ils soient. On revient alors au traitement des paralysies par éducation des mouvements.

Une des grandes difficultés du traitement des contractures hystériques, c'est que cet accident se reproduit très aisément dans

1. Note sur quelques spasmes des muscles du tronc chez les hystériques et sur leur traitement. *La France médicale*, 6 décembre 1895 ; *Névroses et idées fixes*, 1898, I, p. 347.

les journées ou dans les heures qui suivent le traitement. Sans doute il est important pour éviter ces rechutes de se préoccuper des idées fixes, de la suggestion, de la dépression mentale ; mais il faut aussi prendre quelques précautions qui ont rapport à la rééducation des mouvements. Il faut faire bien attention à ne pas laisser dans le membre des contractures partielles de tel ou tel muscle qui déterminent des attitudes vicieuses et sont un point d'appel pour la contracture générale. Qa., h. 25, conservait toujours même après mobilisation en apparence complète de la jambe de petites contractures, du pédieux qui déterminaient une fausse position du pied. Quand il avait marché quelques minutes, cette fausse position au début peu visible s'exagérait et la contracture de la jambe réapparaissait. Le traitement et la suppression de ces petites contractures résiduelles, des précautions pour éviter toute fausse position rendirent la guérison stable. Il faut également dans les heures qui suivent la décontracture éviter les mouvements brusques, les attitudes pénibles, les fatigues il faut donc pendant quelque temps surveiller le malade, lui faire faire des mouvements corrects et prudents. L'éducation des mouvements continue à jouer un grand rôle pour éviter cette réapparition perpétuelle des contractures qui trouble énormément la vie de certains malades.

Je ne saurais trop insister sur l'importance du traitement des contractures chez les névropathes. On ne se préoccupe d'ordinaire que des contractures typiques des bras ou des jambes qui sont assez rares. On n'attache pas une importance suffisante aux contractures qui siègent sur le cou. Les contractures des muscles de la mâchoire, des muscles du pharynx, de la langue, du cou, jouent un rôle dans les troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation ; des contractures du cou, du trapèze, des intercostaux, du diaphragme, des muscles de l'abdomen, des divers sphincters, du vagin, etc., interviennent dans bien des troubles de la respiration, de la digestion, de la défécation, déterminent bien des douleurs, des algies et des phobies alimentaires, les algies de la digestion, le vaginisme, etc. Le traitement doit se proposer comme but la rééducation de ces diverses fonctions, mais un examen attentif de l'état des divers muscles doit toujours précéder toute tentative de rééducation.

Des méthodes analogues de rééducation réussissent certaine-

ment à transformer divers troubles du mouvement caractérisés par de l'agitation sous forme de chorée ou de tics. La méthode de Brissaud consiste, comme on l'a vu, à exercer le sujet à conserver longtemps les attitudes d'immobilité, à faire des mouvements lents sous le contrôle de l'attention volontaire. Elle repose évidemment sur cette hypothèse que le trouble des mouvements est en rapport avec une insuffisance de cette tendance motrice qui consiste à conserver longtemps l'attitude de l'immobilité et de cette autre tendance qui consiste à faire des mouvements volontaires précis sous le contrôle de l'attention volontaire. La justesse de cette hypothèse au point de vue psychologique ne me semble guère avoir été démontrée directement par l'analyse psychologique de l'état mental des tiqueurs ; mais elle est certainement rendue vraisemblable par les résultats thérapeutiques obtenus.

Il n'est pas difficile de confirmer les heureux résultats rapportés par les auteurs précédents en ajoutant d'autres observations. J'ai publié autrefois deux observations de guérison de tics du pied intéressantes parce qu'elles soulevaient divers problèmes de diagnostic[1]. Je puis rapprocher de ces observations celles de Ra., f. 68, chez qui de grandes souffrances pendant la marche étaient également en rapport avec des tics des orteils, celle de Mrz., f. 30, qui après un long séjour au lit s'était relevée avec le singulier tic de tomber sur les genoux, de s'agenouiller dans la rue à tout propos, celle de Db., f. 37, qui marchait trop vite à petits pas avec les jambes serrées l'une contre l'autre : chez ces malades, des exercices quelquefois assez prolongés ont pu rétablir la marche.

Dans d'autres cas des tics des bras ont été heureusement modifiés par des procédés du même genre, Ta., f. 15, présentait des secousses rythmées des deux bras développées à la suite d'un travail de tapisserie prolongé. La guérison fut complète après deux mois d'exercices portant surtout sur le maintien de l'immobilité des bras pendant des périodes de plus en plus longues. Mais il est juste de dire que ce tic se rapprochait des chorées rythmées des hystériques et que la suggestion a dû jouer un certain rôle chez cette malade. Mais dans trois autres cas de tics des mains guéris par un traitement de quatre à huit mois, les exer-

1. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1899, p. 353.

cices de rééducation me semblent avoir agi à peu près seuls. Dans un cas, le tic de se ronger les ongles, la fameuse onichophagie, a été guérie par l'emploi de masticatoires, des chewing gums des Américains, une habitude ayant servi à en effacer une autre. Je n'ai pas eu l'occasion d'appliquer à l'onichophagie le procédé si ingénieux de M. Didsbury qui consiste à modifier légèrement pendant quelque temps l'écartement des mâchoires en les empêchant de se rapprocher complètement pour mordre. J'ai essayé de traiter cinq cas de crampe des écrivains et j'ai pu constater l'efficacité des exercices prolongés pendant plusieurs mois, l'écriture est redevenue possible à la condition de rester lente.

Plusieurs tics de la face et de la bouche ont donné lieu à des études intéressantes. Le tic de la langue de Uc., f. 46, a été guéri par des exercices d'immobilité, mais des modifications que j'ai fait faire à ses dents et surtout la pose d'une dent artificielle pour boucher un trou ont joué un grand rôle. Dans le traitement du trismus de la mâchoire de l'abbé Fk., h. 40, le traitement moral de ses scrupules a été aussi important que l'éducation[1], mais dans trois autres cas de spasmes de la bouche la guérison a été obtenue simplement par des exercices prolonges.

Enfin j'insiste sur la guérison de quelques cas de torticolis spasmodique, car je trouve que ces traitements sont fort difficiles et demandent une grande patience de la part du médecin comme du malade. Une jeune fille de 20 ans fut guérie en cinq mois d'une secousse perpétuelle de la tête du côté gauche, développée, paraît-il, parce qu'elle portait pendant trop longtemps un chapeau trop lourd « qui tirait à gauche ». Quatre autres malades présentant des spasmes ou des secousses des muscles du cou isolés ou associés à d'autres tics furent guéris assez facilement en leur faisant prolonger les exercices de 3 à 7 mois, mais un homme de 40 ans, présentant un torticolis à la suite d'attitude de gêne et de timidité, ne parvint à s'en guérir qu'après 18 mois de traitement.

5. — Quelques observations d'éducation des perceptions.

Les troubles des perceptions que l'on observe dans les névroses

1. *Névroses et idées fixes*, 1898, II, p. 381.

sont plus voisins qu'on ne le croit des paralysies fonctionnelles : il ne s'agit pas d'une véritable disparition des réceptions sur les organes des sens, ce sont toujours des actions, des réactions adaptées qui cessent d'être exécutées correctement et avec conscience. L'éducation peut préciser et développer les perceptions de l'homme normal qui apprend à réagir à des impressions auparavant inaperçues ; les réactions perceptives des névropathes peuvent évidemment être transformées de la même manière. Nous venons de signaler à propos des paralysies et des contractures des éducations du sens tactile et du sens musculaire, on constate des développements du même genre dans le domaine des autres sens. Plusieurs auteurs se sont beaucoup occupés récemment de l'éducation du sens de l'ouïe chez les scléreux dont l'audition est diminuée et ont obtenu des résultats intéressants. Ces résultats sont bien plus nets quand il s'agit des surdités névropathiques. J'ai pu obtenir assez facilement la guérison de six cas de surdité hystérique : dans trois de ces cas la suggestion me semble avoir joué le plus grand rôle, mais dans les trois autres, l'éducation de l'ouïe et des exercices réguliers d'attention auditive pendant plusieurs semaines ont été la partie la plus active du traitement.

Les troubles de la vue dans l'hystérie sont à mon avis plus fréquents et plus réels qu'on ne semble disposé à l'admettre aujourd'hui, ils disparaissent souvent spontanément par l'évolution de la maladie et par la diminution de la dépression mentale ; mais ils passent quelquefois au premier plan et ne doivent pas toujours être traités par le mépris, sinon ils se prolongent indéfiniment. Des idées fixes interviennent presque toujours dans leur formation, la suggestion, la désinfection morale jouent un grand rôle dans leur traitement ; cependant des exercices de la vue m'ont semblé avoir été utiles dans plusieurs cas. Va., f. 22, a conservé pendant plusieurs années une amaurose unilatérale typique : les expériences avec la boîte de Flees et avec les anaglyphes de Ducos de Hauron m'ont montré d'abord qu'il s'agissait bien d'une amaurose hystérique et ont été ensuite le point de départ de la rééducation. Les exercices de vision binoculaire que Javal employait pour l'éducation des strabiques ont habitué ce sujet à se servir consciemment de son œil gauche et ont fait disparaître en deux mois ce trouble persistant. Jm., f. 42, qui a souffert toute sa vie d'une foule de troubles hystériques, a présenté en particulier à plu-

sieurs reprises des crises de cécité complète dont l'une s'est prolongée pendant douze jours : elle a gardé constamment une amaurose de l'œil gauche. La guérison de cette amaurose qui a été complète a été obtenue de la même manière que dans le cas précédent. Je ne puis insister ici sur les phénomènes singuliers qui ont caractérisé cette guérison et sur les formes de vision hémianopsique qui ont apparu avant le rétablissement de la vision des deux yeux : je les ai signalées dans un autre travail[1].

Je voudrais à ce propos ajouter une autre observation d'un ordre un peu différent pour montrer comment un trouble de certaines perceptions peut avoir des contre-coups singuliers et comment l'éducation de telle ou telle perception peut être indispensable. Yb., f. 16, nous est conduite parce qu'elle présente une singulière phobie. Elle ne peut plus sortir dans les rues sans être prise de vertiges et d'angoisses. L'agoraphobie étant, comme je l'ai souvent montré, un syndrome fort complexe, j'ai cherché quelles étaient les conditions plus précises de ces vertiges. Ils n'existent pas quand la malade ferme les yeux, ils sont absents ou très rares quand elle se tient immobile les yeux ouverts devant des objets immobiles ; ils augmentent beaucoup quand elle regarde passer des personnes qui marchent et surtout des voitures, ils sont intenses quand elle est elle-même en voiture et regarde au dehors les objets qui défilent. En un mot les accidents paraissent déterminés par la perception d'objets en mouvement qui passent dans le champ visuel. Cette jeune fille a eu dans sa première enfance une maladie des yeux et elle a été mise dans une école d'aveugles. Ses yeux se sont à peu près complètement guéris et l'examen des oculistes nous apprend que, si la vue est restée assez réduite pour l'œil gauche, elle est au contraire à peu près intacte dans l'œil droit qui a une acuité de 8/10, qui distingue bien les couleurs et a un champ visuel étendu. Malgré cette vision très suffisante la jeune malade est restée dans l'école d'aveugles où elle a trouvé un emploi, et vivant au milieu d'aveugles a conservé l'habitude de se servir très peu de la vision. En raison de ce défaut d'usage elle présente un trouble visuel peu connu dont j'ai déjà eu l'occasion de signaler la fréquence chez les déprimés[2], la

1. Un cas d'hémianopsie hystérique transitoire. *Presse médicale*, 25 octobre 1899, p. 241; *L'état mental des hystériques*, 2e édit., 1911, p. 458.

2. Cf. mon étude sur la durée des sensations visuelles élémentaires. *Bulletin de*

lenteur de la vision. Elle perçoit lentement les objets par la vue, les voit et les reconnaît bien quand elle a le temps de les voir suffisamment; elle les perçoit mal et reste troublée si elle n'a pas le temps de les voir suffisamment. De là le trouble dans la perception des objets en mouvements qui souvent sont allongés par persistance de l'impression visuelle, qui paraissent déformés et étranges, de là enfin le prétendu vertige et la phobie quand la malade sort dans la rue et surtout quand elle sort en voiture.

Je viens de constater le même trouble d'une manière intéressante chez un officier blessé par une balle à l'occiput. La cécité complète, puis l'hémianopsie du début ont disparu et la perception visuelle semble normale, mais elle est lente et le malade reste également affolé par les objets en mouvement. L'éducation et la rééducation de la vision me semblent dans ces deux cas le traitement indispensable : il est curieux de remarquer que dans le premier cas, cette éducation de la vision se présente comme le traitement d'un symptôme qui était au premier abord simplement de l'agoraphobie.

Comme exemple des effets de l'éducation sur les troubles des perceptions chez les névropathes je voudrais également rappeler ici l'observation curieuse de Mme Z[1]. Cette personne âgée de 65 ans a toujours été plus qu'une névropathe, elle a présenté pendant toute sa vie une série d'accidents de nature hystérique bien caractérisée, paraplégie pendant un an, attaques d'hystérie avec catalepsie et somnambulisme, mutisme, contractures du cou, spasmes du bras droit, algies variées, etc., les derniers accidents de ce genre ont eu lieu vers l'âge de 50 ans. Depuis ce moment les accidents proprement hystériques ont cédé la place aux troubles de l'arthritisme et de l'artério-sclérose. Il y a trois ans Mme Z. eut des accidents graves d'hémorragie rétinienne de l'œil gauche dont la vision fut dès le début complètement compromise. A la suite de cet accident elle se plaignit de voir de son œil gauche des éclairs lumineux, des barres de feu qui étaient accompagnés de violentes douleurs et on fut amené après des souffrances prolongées pendant un an à sacrifier cet œil gauche

l'Institut psychologique, 1904, p. 540. Cf. également sur le même sujet de travail de M. Pick (de Prague), *Brain*, 1903, p. 262.

1. Observation publiée dans les *Annales d'oculistique*, juillet 1900, présentée à la Société neurologique de New-York et publiée dans le *Medical record*, 11 mai 1907 ; *Etat mental des hystériques*, 2e édition, 1911, p. 470.

absolument inutile et à pratiquer la section du nerf optique en laissant le globe oculaire dont l'apparence était normale et dont le mouvement seul était troublé.

C'est à ce moment que commença la perturbation singulière de la vision qui se développa à la suite de cette opération et qui donna lieu à mes recherches psychologiques : l'œil droit, qui était resté intact, paraissait quand on l'examinait rapidement avoir conservé une vision tout à fait normale, l'acuité visuelle était suffisante et le champ visuel étendu. Mais la malade se plaignait de ne pouvoir se servir de cette vision, car il y avait devant elle dès qu'elle essayait de regarder un objet, un nuage bizarre composé de points lumineux grouillants et qui lui dérobait la vue des objets. En vain faisait-elle tous ses efforts pour fixer un objet, pour suivre une ligne, la vision était troublée par ce nuage en mouvement et il lui était impossible de rien saisir avec netteté. Non seulement la lecture était impossible, mais même la vision des objets de la chambre était si difficile que la malade avait de la peine à se conduire. Bien plus ce nuage mouvant ne tardait pas à déterminer du vertige et un état nauséeux si bien que pour retrouver le calme il fallait refermer les yeux. Ces troubles singuliers allèrent en augmentant pendant près d'une année et le désespoir de cette malade très névropathe ajoutait encore à tous les troubles précédents.

L'analyse plus précise de ces troubles nous fit constater les faits suivants : la vision de l'œil droit n'est conservée au premier moment qu'à une condition, c'est que la malade se borne à décrire l'objet placé devant elle quel qu'il soit sans choisir elle-même l'objet. Dès qu'il s'agit de fixer, d'accommoder la vision, dès qu'il y a le moindre effort d'attention, le trouble recommence. Inversement on note un certain nombre de circonstances dans lesquelles le trouble se trouve à peu près complètement supprimé. Un éclairage particulier venant du côté gauche, une position fortuite de la malade amène un changement subit et pendant quelques instants Mme Z. est tout étonnée de voir parfaitement comme elle voyait autrefois ; mais cette vision est courte et la malade ne sait plus ce qu'il faudrait faire pour la retrouver. Elle réclame un bandeau sur son œil gauche aveugle ou elle le serre fortement avec les doigts et obtient quelques instants de vision plus normale de l'œil droit en empêchant l'œil gauche de bouger. Elle use d'une grosse loupe entourée d'une épaisse monture métallique et la

tient obliquement de manière que la monture prolongeant en quelque sorte l'ombre de son nez, isole l'œil droit de l'œil gauche.

Ces quelques observations semblaient montrer que l'œil droit était capable de voir toutes les fois qu'il était isolé de l'œil gauche et que l'intervention de l'œil gauche, quoique aveugle, était l'origine du trouble de la vision. Pour le vérifier j'ai essayé quelques expériences dans lesquelles la vision monoculaire de l'œil droit fut encore plus nette : en voici une singulière. M[me] Z. était autrefois habituée à tirer au pistolet et savait viser avec l'œil droit sans se servir de l'œil gauche. Je l'ai priée, en tenant un pistolet et même un simple morceau de bois, de répéter l'effort de la visée. A sa grande surprise, elle voyait alors parfaitement net l'objet visé, sans nuage et sans fourmillement. Il lui était même possible de toucher avec l'extrémité du morceau de bois un point déterminé, tandis qu'elle était incapable auparavant de saisir avec la main un gros objet. Dans une autre expérience, je la faisais regarder au travers d'une lunette d'approche et elle voyait encore à distance les objets parfaitement précis. Enfin, je la faisais regarder simplement au travers de tubes de papier et elle devenait, par ce moyen très simple, capable de lire sans difficulté. Il fallait que le tube fût exactement appliqué contre l'œil droit : en effet, il suffisait qu'un rayon lumineux pénétrât dans l'œil du côté interne pour qu'aussitôt le nuage brillant vînt de nouveau envahir le champ visuel. Voilà tout un ensemble de faits qui semblent nous montrer que le trouble de la vision s'atténue ou disparaît quand l'œil droit fonctionne seul sans la participation de l'œil gauche. Cette remarque n'est pas en contradiction avec la précédente qui nous a montré l'exagération du trouble dans tous les efforts de fixation et d'attention. En effet, dans l'attention il y a convergence des deux yeux et l'association des deux yeux existe au plus haut degré, or nous venons de voir qu'il faut précisément supprimer cette association pour rétablir la vision distincte.

Comment interpréter les phénomènes précédents ? Voici une explication que je propose au moins à titre d'hypothèse. On sait qu'il existe chez l'homme normal deux visions différentes, la vision binoculaire avec convergence et la vision monoculaire dans laquelle les deux yeux fonctionnent indépendamment l'un de l'autre. Mais on n'est pas disposé à parler d'ordinaire de ces

deux visions quand il n'existe plus qu'un seul œil : au premier abord on croit qu'un borgne ne peut avoir que la vision monoculaire. Il en serait ainsi probablement pour ceux qui perdent un œil dans la première enfance, mais ceux qui deviennent borgnes à l'âge adulte conservent le mécanisme psychologique de la vision binoculaire dans toutes les circonstances où cette vision s'exerce d'ordinaire et ils ne prennent le mécanisme de la vision monoculaire que dans des circonstances particulières, quand ils font une de ces actions dans lesquelles nous sommes habitués à faire fonctionner un œil isolé. En un mot, quoique cela semble paradoxal, les observations précédentes me conduisent à supposer qu'un borgne peut conserver le mécanisme cérébral de la vision binoculaire quand il lit avec attention, ce que l'on peut vérifier d'ailleurs en observant les mouvements de convergence de son œil aveugle ou de son moignon et qu'il n'adopte le mécanisme de la vision monoculaire qu'en visant avec un pistolet, ou en regardant dans un microscope. D'ordinaire cette association des deux yeux ne le gêne guère, soit parce que l'œil aveugle suit très bien les mouvements de l'œil sain, soit parce que le sujet s'inquiète peu des mouvements incorrects de l'œil aveugle. Peu à peu il perdra l'habitude de cette vision binoculaire inutile, mais, s'il est âgé, et surtout s'il est névropathe il aura beaucoup de peine à renoncer à cette association.

Si nous appliquons à notre cas cette supposition, il est vraisemblable que M[me] Z., malgré la section de son nerf optique gauche, cherche encore toutes les fois qu'elle est bien réveillée, qu'elle fait attention, qu'elle veut suivre une ligne à exercer la vision binoculaire. Elle essaye encore de faire converger ses deux yeux, de les accommoder l'un à l'autre de la même manière et elle ne se borne pas à faire le travail de la fixation et de l'accommodation avec l'œil droit seul. Cette sorte d'entêtement dépend d'une de ces idées fixes ou mieux d'un de ces états psychologiques devenus fixes tels qu'on les observe perpétuellement chez les hystériques. Il dépend aussi de cette incapacité des névropathes de changer les habitudes automatiques. L'épuisement de la fonction visuelle déterminé par tous les accidents, par les souffrances et les émotions qui ont suivi l'hémorragie rétinienne se manifeste ici par le défaut d'adaptation à une situation nouvelle et la malade persiste indéfiniment dans sa recherche de la vision binoculaire. Or cette vision binoculaire est devenue impossible :

non seulement l'œil gauche est aveugle, mais encore ses mouvements mêmes ne peuvent pas s'exécuter comme ceux de l'œil droit. C'est cette convergence et cette accommodation incomplète de l'œil gauche qui vient troubler la fixation et l'accommodation de l'œil droit.

Quelques essais thérapeutiques sont venus apporter une vérification intéressante à ces hypothèses sur la pathogénie. J'ai entrepris l'éducation de la vision de Mme Z. en me proposant de développer chez elle la vision monoculaire, en la dressant à employer dans toutes les circonstances de la vie le même mécanisme visuel dont nous ne nous servons d'ordinaire que pour viser au pistolet ou pour regarder dans une lunette. Je l'ai exercée pendant des périodes de plus en plus longues à regarder et à lire au travers d'un tube étroitement appliqué sur l'œil droit. Il est vrai que la lecture dans ces conditions déterminait une grande fatigue. Au bout d'un certain temps l'œil gauche ne restait plus tranquille : « il voudrait voir lui aussi, dit Mme Z., je le sens qui travaille, il fait des efforts pour voir que je ne puis pas empêcher, il se remue pour voir au-dessous comme un lapin dans son terrier » et alors l'œil gauche ne tardait pas à agir sur le droit et le nuage brillant revenait par intervalle. C'est-à-dire que cette vision monoculaire non habituelle devenait pénible et que la présence du tube ne suffisait plus pour empêcher la réapparition des efforts de vision binoculaire. Après quelque temps d'interruption en tenant autant que possible les yeux fermés, la malade pouvait recommencer à voir correctement au travers du tube. Bientôt j'ai fait faire à Mme Z., une paire de lunettes bizarres. Sur le cercle de la monture de l'œil droit était enchâssé un petit tube métallique aussi large que l'orbite et d'une hauteur de 5 centimètres. Au travers de ce tube la malade retrouvait facilement la vision distincte, aussi, peu à peu nous avons pu réduire la hauteur du tube qui est devenue inutile dans la partie externe et qui n'a plus dans la partie interne qu'une hauteur d'un centimètre et demi. Ainsi réduit, ce tube n'entraînerait pas nécessairement la vision monoculaire, mais il devient comme un excitant, une condition favorable pour reprendre cette vision qui s'exerçait déjà au travers du tube. Après quelques semaines d'exercices ce tube très court ou plutôt ce petit écran placé dans l'angle interne de l'œil suffit pour conserver la vision monoculaire et la malade retrouva d'une manière remarquable l'usage de l'œil droit qu'elle avait conservé.

6. — Tentatives d'éducation dans les névroses viscérales et mentales.

Les bons effets de l'éducation peuvent s'étendre encore à d'autres affections névropathiques et il est incontestable qu'une certaine éducation peut avoir une action très favorable sur des affections qui semblent porter sur les fonctions viscérales. C'est que dans ces fonctions viscérales, dans celles de l'alimentation ou de la respiration en particulier interviennent nombre de mouvements sur lesquels la volonté a une action et qui peuvent être modifiés par une éducation. Je signale seulement l'importance des régimes, des réglementations des aliments et des boissons dans leur qualité et dans leur quantité. Il y a là sans doute une large part à faire à l'éducation du sujet, mais ces traitements ont des effets complexes et nous devons les retrouver plus tard [1]. Je n'insiste ici que sur les procédés purement éducatifs qui agissent plus directement par une simple modification des mouvements.

Beaucoup de malades présentent, comme on vient de le voir, des spasmes ou des contractures des lèvres, des mâchoires, de la langue, du pharynx, et il est très important de les faire disparaître. Je l'ai montré avec grands détails dans l'observation de Marceline [2]; je pourrais répéter les mêmes remarques à propos de l'observation de plusieurs autres malades.

Il y a des individus qui sans présenter de contractures proprement dites perdent la coordination de certains mouvements élémentaires, qui ne savent plus mâcher, ou ne savent plus avaler correctement les aliments. Ces troubles sont très souvent combinés avec différents spasmes de l'œsophage et tantôt le malade garde les aliments indéfiniment dans la bouche, tantôt il les garde dans une sorte de poche œsophagienne. Bien des tics de crachement, de régurgitation, de vomissement dépendent de ce fait que les aliments n'ont pas été correctement déglutis et introduits dans l'estomac. Des malades comme Marceline, comme Za., f. 23, dont le délire de maigreur était fort intéressant, ren-

1. Voir chapitre IV, les traitements psycho-physiologiques.

2. Une Félida artificielle. *Revue philosophique*, 1909, I, p. 329; *État mental des hystériques*, 2e édition, 1911, p. 561.

dent le lait un quart d'heure après l'avoir pris sans qu'il soit caillé, car elles le gardent dans la partie supérieure de l'œsophage. Il faut leur apprendre à avaler, leur faire répéter systématiquement chaque temps de la déglutition jusqu'à ce que les aliments aient réellement pénétré dans l'estomac. Chez quelques malades amaigris, on peut se rendre compte en mettant la main sur l'épigastre qu'il y a une secousse de cette région au moment de la pénétration du bol alimentaire dans le cardia et il faut insister de diverses manières sur la déglutition jusqu'à ce que l'on se rende compte de cette pénétration. Dans des cas de ce genre, comme chez Marceline, on note l'anesthésie du pharynx et la disparition du réflexe nauséeux. J'ai observé le fait en particulier chez des malades qui avaient été longtemps nourries à la sonde et qui demeuraient indifférents à toute excitation du pharynx. Il me semble utile dans ces cas de rééduquer la sensibilité du pharynx et de rétablir même le réflexe nauséeux. Après ce rétablissement les malades avalent beaucoup plus correctement.

On a justement insisté sur le danger de l'aérophagie qui n'est qu'un tic de déglutition et qui joue un grand rôle dans les manies de hoquet, de rots et de vomissement. M. Leven proposait pour l'arrêter le procédé de la cravate serrée au-dessous du larynx de manière à avertir constamment le sujet de ses mouvements de déglutition. J'ai utilisé plusieurs fois ce procédé chez des malades intelligents qui peuvent sans inconvénients se surveiller ainsi d'une manière à peu près constante. Il me semble que l'on arrive également à arrêter ce tic par des séances de rééducation de la déglutition comme cela a été obtenu chez Lem., f., 37.

Beaucoup de malades présentent des tics de régurgitation et de vomissements dont j'ai déjà publié plusieurs observations[1] en insistant sur leur traitement. Très souvent le vomissement se superpose à des troubles de la déglutition et à de l'aérophagie, quelquefois il est entretenu par de réels troubles dyspeptiques et surtout par des phénomènes d'hyperchlorhydrie. Il faut évidemment commencer le traitement par la modification de tous ces troubles sous-jacents ; on peut ensuite habituer le sujet à tolérer les aliments dans l'estomac, a résister plus ou moins longtemps à son impulsion. Bien des procédés doivent être employés où la suggestion, la désinfection morale ont évidemment leur

1. *Obsessions et psychasténie*, II, p. 247.

part, mais où la rééducation garde certainement la sienne. Dans une dizaine d'observations dont plusieurs ont déjà été publiées, j'ai constaté que l'on peut arriver à supprimer complètement des tics de ce genre même chez des malades qui continuent à rester d'autre part très névropathes.

La constipation est la grande misère de ces malades et leur entérite muco-membraneuse est un trouble des plus tenaces et des plus singuliers qui certes est loin d'être complètement élucidé. Des précautions de régime déterminées surtout par l'analyse des selles et des médications fort variées doivent intervenir dans le traitement de ces affections. Il n'en est pas moins vrai que de mauvaises habitudes interviennent dans leur genèse et que l'on obtient dans bien des cas des améliorations certaines par le massage, la mobilisation du ventre et les exercices gymnastiques qui font mouvoir le diaphragme, les muscles du tronc et de l'abdomen et même par la rééducation de la défécation elle-même. M. Dubois (de Berne) a eu raison d'insister sur ce point et je pourrais ajouter aux siennes une vingtaine d'observations démonstratives. Je ne rappelle ici qu'un exemple curieux : Ac., f. 25, présentait de l'entérite nerveuse sous la forme la plus grave depuis la puberté ; elle en était arrivée à avoir des diarrhées glaireuses et fétides jour et nuit à peu près toutes les deux heures, tandis que les urines étaient réduites à 200 ou 300 grammes par jour. Ces troubles physiologiques s'accompagnaient d'obsessions de toute espèce relatives à la défécation et la malade ne voulait plus faire un pas hors de la maison sans emporter avec elle un vase spécial auquel elle voulait recourir à tout instant. La rééducation de la défécation, l'imposition d'heures précises pour aller à la selle sous la surveillance d'une garde, le changement d'attitude imposé à la famille ont transformé en quelques mois non seulement l'état mental de cette jeune fille, mais encore le fonctionnement intestinal et la nutrition puisqu'en deux mois le poids passa de 47 kilos à 54,300. Le traitement de Neb., h. 32, a également comporté une éducation de la défécation : ce pauvre garçon, type du psychasténique scrupuleux, avait peur d'être entendu quand il opérait dans les cabinets. Il prit à ce propos des attitudes spéciales pendant la défécation, il faisait des efforts particuliers en tenant les poings serrés, etc., et il en arriva d'abord à troubler complètement l'acte de la défécation et ensuite à empoisonner toute sa vie par l'obsession de la défécation. Dans ce

traitement moral fort complexe, la réglementation et l'éducation des selles ont eu une part intéressante.

La plupart des névropathes respirent mal : j'ai déjà eu l'occasion de publier de nombreuses observations portant sur divers troubles névropathiques de la respiration en rapport avec des paralysies ou des contractures de divers muscles et sur des tics respiratoire de toutes espèce, des polypnées, des toux, des soupirs, des hoquets, des éructations, etc. Dans les cas où nous ne constatons pas de tels accidents précis, si on prend systématiquement le graphique de la respiration thoracique et abdominale chez des malades névropathes, on constate très souvent des respirations irrégulières, arythmiques, superficielles et une ventilation pulmonaire tout à fait insuffisante. On constate aussi des troubles curieux portant sur le pouvoir de modifier volontairement la respiration, de l'accélérer, de la ralentir, de la changer au commandement. Ces troubles étaient caractéristiques dans l'observation de Marceline[1], je les retrouve dans l'observation de Bon. et chez plusieurs autres.

Ces faits ne paraîtront pas surprenants, si l'on réfléchit à la relation étroite qui a été souvent constatée entre la respiration et le langage, la respiration et l'attention. On sait que le sourd-muet respire mal, que sa capacité respiratoire mesurée au spiromètre est beaucoup plus faible que celle d'un enfant normal de son âge, et que sa puissance de souffle est faible. Il en est ainsi chez ceux qui parlent mal, chez les bègues, par exemple ; il n'est pas surprenant de trouver les mêmes troubles dans le mutisme hystérique et dans tous les troubles névropathiques de la parole. La respiration change nécessairement dans l'attention et dans le sommeil : l'incapacité de déterminer volontairement des changements de la respiration ne peut-elle pas jouer un rôle dans l'incapacité de fixer l'attention ou de commencer le sommeil ? J'ai déjà signalé la somnolence, l'incapacité de fixer l'attention qui accompagne les grands tics respiratoires[2], les troubles de la respiration, en particulier la diminution de la ventilation pulmonaire qui accompagne les états d'aprosexie, de confusion. Ca., f. 19, par exemple, quand elle est dans ses états de rêverie somnambulique analogues aux états crépusculaires des épileptiques, n'a

1. *État mental des hystériques*, 2e édition, 1910, p 564.
2. *Névroses et idées fixes*, I, p. 325.

qu'une ventilation pulmonaire de 2 litres, 4 par minute tandis qu'elle a 8 litres dans l'état normal. Toutes ces remarques montrent l'importance des troubles respiratoire dans les névroses.

Le traitement de ces divers troubles respiratoires est évidemment variable : dans certains cas il faut se préoccuper des idées fixes, de certaines suggestions, des contractures qui siègent plus souvent qu'on ne le croit dans des muscles du cou ou du thorax, mais le traitement essentiel reste la gymnastique respiratoire. Les principes de cette gymnastique ont été souvent indiqués par les spécialistes, j'ajouterai seulement qu'il me semble bon, quand il s'agit de névropathes, d'exercer le malade non seulement à la respiration normale, ample et correcte, mais encore de l'exercer à modifier cette respiration au commandement, à souffler, à rire, à tousser, etc.

Par ces méthodes on obtient d'abord la guérison des accidents proprement respiratoires. La polypnée de quelques malades comme celle de Ba., h. 32, a été guérie surtout par l'hypnotisme et la suggestion, mais celle de beaucoup d'autres comme celle de Dc., f. 48, n'a été guérie que par des exercices respiratoires. Dans 11 cas intéressants des hoquets persistants avec aboiements ont été supprimés de la même manière et dans l'un d'eux, le hoquet persistait depuis un an. Une femme de 43 ans présentait un tic de toux continuelle développé surtout à la suite d'excès de masturbation, il disparut à la suite de quelques semaines d'exercices respiratoires. Il en fut de même dans bien des cas de ce genre.

Cette éducation de la respiration fera disparaître en second lieu bien des accidents qui dépendent indirectement de troubles respiratoires, comme l'aérophagie, le météorisme, ainsi que je l'ai constaté en particulier dans l'observation de Nk., f. 15. Le traitement de la respiration a également une heureuse influence sur les troubles de la parole et sur bien d'autres accidents. Enfin, quoique je n'aie pas obtenu encore sur ce point des vérifications bien nettes, il me semble probable que des exercices respiratoires auraient une heureuse influence sur bien des faiblesses de l'attention et sur certains troubles mentaux. Malheureusement dans la plupart des cas de ce genre il est bien difficile d'obtenir des malades des efforts suffisants et suffisamment prolongés.

Le sommeil bien qu'il ne soit pas d'ordinaire considéré à ce

point de vue ressemble beaucoup aux actions; il est en lui-même une action et comme tel il est très modifiable par l'habitude et l'éducation. On peut évidemment faire prendre à des névropathes de bonnes habitudes de sommeil en les dressant à se coucher, à se lever à la même heure. On trouvera beaucoup d'observations de ce genre chez les auteurs qui ont étudié le sommeil[1]. Il a fallu une éducation assez longue et assez difficile pour accoutumer Fb., h. 16, à dormir sans une lumière dans sa chambre : le succès fut complet dans ce cas. Mais il faut avouer qu'il est souvent fort difficile de modifier certaines insomnies.

Une autre fonction peut aussi bénéficier de l'éducation, c'est la fonction urinaire sur laquelle se portent si souvent les troubles névropathiques. Dans bien des cas, quand le trouble urinaire se présente chez des hystériques justiciables de la suggestion ou chez des psychasténiques qui ont en même temps des phobies et des obsessions le traitement est plus compliqué. Mais dans bien des cas, des individus qui n'ont pas ou qui n'ont plus des troubles mentaux bien sérieux, conservent de mauvaises habitudes urinaires qui jouent un rôle dans leurs incontinences ou leurs rétentions. L'une des plus fréquentes est la pollakiurie qui survient souvent à la suite de préoccupations portant sur les organes urinaires, à la suite de blennorragies par exemple, ou simplement à la suite d'une habitude de précautions excessives chez des inquiets ou par métamorphose de la timidité urinaire[2]. Les malades cherchant à uriner trop souvent, à tout instant, sans que la vessie contienne une quantité de liquide suffisante, il en résulte qu'ils ont de la peine à entamer la miction, à la poursuivre correctement, et ils commencent à ce propos une foule de tics, de manies qui aboutissent à des spasmes et à des rétentions. Quelques-uns en arrivent à se sonder continuellement et à compliquer naturellement leurs troubles névropathiques par des infections vésicales. Après les désinfections nécessaires, il faut leur apprendre à se passer graduellement de la sonde, à écarter suffisamment les mictions et à les faire correctement. Bien des individus, appelés autrefois des polyuriques hystériques sont avant tout, comme j'ai essayé de le démontrer il y a trente ans, des

1. Manacéine, *Le sommeil tiers de notre vie*, 1896, pp. 201, 210.
2. Cf. Jules Janet, *Les troubles psychopathiques de la miction*, 1890.

polydypsiques et Déjerine ajoutait récemment[1] que souvent des ischuriques sont des adypsiques, c'est-à-dire que ces malades ont des excès ou des insuffisances d'urine parce qu'ils boivent trop ou qu'ils ne boivent pas assez. Dans tous ces cas la rééducation a une influence réellement efficace.

En laissant de côté les cas où la suggestion a joué le plus grand rôle il me semble que dans un certain nombre de cas la guérison complète d'affections névropathiques urinaires n'a été due qu'à la seule éducation. La guérison de la pollakiurie par la réglementation des heures de la miction est en général assez facile quand le diagnostic est exact et il est inutile d'insister sur des observations qui sont nombreuses. Dans trois observations, des femmes qui ne pouvaient uriner sans la sonde sont arrivées assez vite à terminer la miction naturellement après l'avoir entamée par la sonde, puis à uriner naturellement. Dans une dizaine de cas recueillis par mon frère Jules Janet et par moi-même, des hommes qui souffraient de rétention névropathique, de bégaiement urinaire, de timidité urinaire ont pu au bout d'un certain temps se débarrasser plus ou moins complètement des tics et des spasmes et la rééducation urinaire a certainement joué le plus grand rôle dans leur guérison.

Peut-on faire des réflexions analogues à propos des fonctions génitales ? Certaines théories semblent s'y opposer : elles considèrent beaucoup d'altérations de la conduite sexuelle comme des modifications constitutionnelles de l'individu et regardent tout traitement comme impossible. Ces doctrines ont fait du mal à de nombreux malades trop heureux de trouver un prétexte pour conserver leur déchéance et se dispenser de tout effort. « Que voulez-vous, répètent-ils, j'ai une âme de femme dans un corps d'homme, c'est là la dernière grande découverte de la science allemande : il est impossible de me mettre une autre âme. » Ce sont là des affirmations puériles et absurdes : les perversions sexuelles sont des maladies mentales comme les autres et elles ont des mécanismes psychologiques fort variés. Elles sont très rarement constitutionnelles et sont le plus souvent acquises : des idées fixes, des tics, des manies, des dépressions générales et des dépressions locales portant spécialement sur certaines tendances y jouent le plus

1. Déjerine et Gauckler, *op. cit.*, p. 75.

grand rôle et ces troubles doivent être traités comme les troubles du même genre et avec autant de chances de succès. Toutes les thérapeutiques psychologiques doivent être employées suivant les cas : nous avons déjà vu bien des cas de troubles sexuels guéris par suggestion, nous en verrons d'autres transformés par les diverses excitations. On ne saurait trop insister sur l'importance de l'éducation sexuelle. Malheureusement les dangers inhérents à cette fonction et l'état de nos mœurs rendent cette éducation très difficile. Il est même délicat d'en parler et je ne puis donner que des indications générales sans exposer avec précision les observations.

Le premier point dont le médecin doit se préoccuper c'est la connaissance des phénomènes sexuels que doit posséder un individu normal, homme ou femme, parvenu à la jeunesse, à l'âge de vingt ans par exemple. On ne se figure pas les ignorances, les erreurs ridicules et dangereuses que l'on rencontre dans l'esprit des névropathes. Une pudeur mal comprise empêche les parents de parler de ces questions et empêche les enfants d'interroger malgré leur curiosité. Dans des familles intelligentes et instruites on rencontre des jeunes gens comme Jean qui à 30 ans demandent si « les femmes font les enfants par les mamelles » et si « les rapports se pratiquent dans le nombril », des jeunes filles de 25 ans qui demandent « s'il y a danger de devenir enceintes en s'asseyant sur le fauteuil où s'est assis leur père... en embrassant leur mère sur la même joue où leur père vient de l'embrasser... ou en poussant trop fort quand on va aux cabinets ». Il y a encore aujourd'hui des personnes qui trouvent ces naïvetés très poétiques, il faut savoir qu'elles sont dangereuses et que l'on rend service à ces individus en leur donnant clairement les notions de physiologie élémentaire que tous les jeunes gens doivent posséder. Je dois de la reconnaissance à un excellent petit livre qui m'a souvent rendu service dans des cas semblables, celui de Mme Leroy-Allais, qui a pour titre : « Comment j'ai instruit mes filles ». On peut également recommander le livre de M. Forel : « La question sexuelle exposée à des adultes cultivés ». Mais ce dernier livre est moins simple et plus difficile à lire pour des incapables.

Quelles que soient les illusions que les théories morales aient entretenues, le médecin est obligé de dire qu'il est dangereux de marier des jeunes gens trop ignorants et trop chastes. Sans pou-

voir entrer dans le détail des observations, je puis rappeler que souvent des malheurs résultent de ces pratiques idéalistes. Quand les accidents ne sont pas aussi sérieux, il y a néanmoins dans bien des cas, des phénomènes de vaginisme, des crises d'hystérie, des impuissances totales ou partielles, des phobies, des obsessions qui troublent complètement la vie du ménage, qui donnent naissance chez l'un des conjoints et quelquefois chez les deux à des accidents névropathiques très prolongés.

Sans doute on peut dire que le fonctionnement des organes sexuels n'est pas absolument indispensable et que nombre d'individus peuvent conserver la santé malgré une abstinence à peu près complète. Mais il est non moins vrai que c'est là une condition anormale et qu'un exercice modéré de ces fonctions, à partir d'un certain âge, est très avantageux pour l'équilibre du système nerveux. Toutes les fois que cela est possible il est bon d'empêcher les névropathes de renoncer à tout rapport sexuel, comme ils le désirent trop souvent même quand ils sont mariés. Quand les conditions ne sont pas favorables à des rapports normaux, il ne faut pas manifester une trop grande indignation à propos des pratiques solitaires, d'autant moins dangereuses qu'elles sont considérées comme moins importantes. La terreur de la masturbation, répandue dans le public par des ouvrages célèbres, a fait aux névropathes plus de mal que de bien : elle a provoqué plus de scrupules et de phobies qu'elle n'a empêché d'épuisements. Le médecin rend service en abordant ces questions avec calme et en donnant sans indignation des conseils de modération.

Dans ces ménages où l'un des deux conjoints présente une dépression des fonctions génitales avec impuissance plus ou moins complète on peut souvent, quand le trouble mental n'est pas trop grave, obtenir des améliorations sérieuses par une véritable éducation sexuelle. Il est très important d'isoler le jeune ménage, de dissimuler aux parents et aux étrangers sa situation anormale. J'ai déjà fait allusion à ces scènes tragi-comiques qui se passent dans le cabinet de consultation, quand le beau-père et la belle-mère courroucés traînent avec eux le mari tout penaud. Il faut écarter complètement les témoins indiscrets et ne s'adresser qu'aux intéressés. Quand l'un des conjoints est normal et de bonne volonté il faut s'adresser à lui et d'abord le rassurer sur une situation qui souvent l'affolle. Quand il s'agit d'une impuissance névropathique

du mari ce qui est le cas le plus fréquent, la jeune femme s'effraye « d'un mari qui n'est pas comme tous les hommes, qui ne sait rien, qui ne serait bon qu'à la blesser ». Il faut lui faire comprendre que tout peut encore se réparer, que, si elle veut conserver son mari, elle doit l'éduquer, lui simplifier l'acte, le préparer et surtout éviter à un maladroit les déceptions et les humiliations. « Alors c'est moi qui dois faire tous les frais ? — Hélas oui, pendant quelque temps, peut-être serez-vous récompensée plus tard. » Il faut arriver à obtenir une chose qui paraît singulière et qui est cependant réalisable et utile, il faut que les premiers rapports deviennent à peu près inconscients et s'effectuent presque à l'insu du malade. Un acte, en effet, est plus compliqué, demande une plus haute tension quand il s'accompagne de conscience et d'attention et il faut réduire autant que possible cette partie supérieure de l'acte sexuel. Dans plusieurs cas le rétablissement du ménage et la naissance d'un bébé sont venus démontrer l'efficacité des éducations sexuelles.

Les mêmes traitements interviennent dans d'autres accidents. Les masturbations ne sont réellement dangereuses qu'en raison de leur facilité et de leur répétition trop fréquente. Quand on a l'expérience des malades névropathes, on sait qu'il est bien plus souvent nécessaire de calmer les appréhensions à propos des masturbations que de les faire naître. Mais il y a cependant des excès de masturbation dangereux, les plus curieux sont les excès inconscients qui se présentent chez certaines jeunes filles. Céline, f. 28, se plaint innocemment même devant les membres de sa famille, d'une tension, d'un frémissement profond avec secousses dans le ventre qui lui fait battre le cœur quand elle reste assise une demi-heure les jambes croisées, quand elle fait du piano, ou lit des poésies. Une ignorance extraordinaire, des agitations malsaines, des tics dans la position des jambes jouent le principal rôle dans ces accidents : il suffit le plus souvent de les expliquer au sujet, de régler son attitude et on l'éduque assez facilement. Chez d'autres, la masturbation se produit comme une sorte de dérivation dès qu'il y a un effort ou une émotion. Lym., h. 24, se masturbe malgré lui « dès que son travail devient pénible », une femme de 30 ans le fait de même dès qu'elle pense à aller se confesser. Ces malades sont déjà plus difficiles à guérir, mais le règlement des phénomènes sexuels leur est fort utile. Chez d'autres, des excitations génitales incomplètes et perpétuelles

dépendent de ce besoin de tendresse qui caractérise certains psychasténiques. Voici par exemple comment s'exprime Céline, jeune fille de 28 ans: « Je n'ai pas de confiance en moi, j'ai constamment besoin qu'on me tienne, qu'on me remonte... Je voudrais quelqu'un qui m'aime beaucoup, qui s'occupe tout le temps de moi... je rêve d'être constamment sur ses genoux comme un petit enfant... Cela me donne une grande tension comme un désir violent, je ne songe qu'à des caresses continuelles, j'ai la fascination du baiser et alors... Ce n'est pas de ma faute, cela commence par être moral et cela finit autrement, j'ai trop de tendresse en moi, que faut-il en faire? » Je ne crois pas que dans des cas de ce genre le point de départ soit réellement le besoin sexuel non satisfait: il est bien peu exigeant chez ces déprimés. C'est bien plutôt la dépression morale elle-même qui entraîne le besoin de direction, le besoin d'encouragement, d'excitation, de caresses. Cela aboutit à une masturbation incomplète et peu consciente, mais à peu près perpétuelle qui devient une nouvelle cause d'épuisement. L'éducation sexuelle ne guérira pas ces malades, mais elle rend service en supprimant au moins cette dernière occasion de dépression surajoutée.

Beaucoup plus qu'on ne le croit, les diverses perturbations sexuelles sont en rapport avec des phénomènes de dépression soit généraux soit locaux portant alors particulièrement sur les tendances sexuelles. J'ai noté au cours des dépressions l'apparition des rêveries du massochiste et du sadique: « Je ne peux plus penser à l'amour comme tout le monde et comme je le faisais autrefois; j'ai besoin de me représenter maintenant un maître de pension qui me bat, me bouche le nez et les oreilles, qui me mouche avec son mouchoir sale, il n'y a que cette représentation qui me donne des érections... Je ne puis plus aimer que des femmes énormes et dégoûtantes qui m'écrasent de leur poids et de leur mépris.. Aimer, pour moi signifie maintenant déterrer des bières au cimetière, les emporter, les ouvrir et regarder la figure que fait le cadavre... » Ces représentations apparaissent chez des malades dont les fonctions sexuelles sont d'ordinaire tout à fait normales, mais qui traversent une crise de dépression psychasténique avec doutes et phobies variées; elles disparaissent quand ils se portent mieux et que leur niveau mental se relève. Il y a là des besoins d'excitation par l'étrange, par l'odieux, des déviations de la tendance analogues à celles qui existent dans

les obsessions du sacrilège. Ces représentations peuvent dégénérer en manies et en impulsions mais il ne faut pas les considérer comme la manifestation d'une constitution sexuelle anormale. Il faut les regarder comme des symptômes d'une dépression mentale curable et l'exercice sexuel normal n'est pas sans jouer un certain rôle dans leur traitement,

Le groupe des invertis sexuels est un groupe complexe qui contient des malades très différents les uns des autres et très mal analysés au point de vue psychologique. Un grand nombre sont de simples psychasténiques scrupuleux, tourmentés par des obsessions et des impulsions criminelles : ils se croient poussés vers l'homosexualité comme ils se croient poussés à l'homicide ou au vol : j'ai déjà décrit plusieurs cas remarquables de ce genre [1]. D'autres sont des déprimés qui cherchent dans un acte anormal une excitation à la manière des dipsomanes ou des cleptomanes. D'autres sont des timides qui considèrent l'amour normal comme plus immoral et plus dangereux : « on m'a tant répété que la femme était pour l'homme un danger épouvantable ». Ils sont timorés et trouvent dans le sexe opposé une différence qui rend les relations sociales et les relations corporelles plus difficiles et plus inaccessibles. Enfin il faut ajouter une mauvaise éducation de l'automatisme sexuel qui rend l'acte homosexuel plus habituel et plus simple chez des abouliques ennemis de toute innovation et de tout effort. J'ai réuni un grand nombre d'observations de tous ces cas différents et j'espère pouvoir un jour les publier complètement, quoique cette étude soit d'une rédaction difficile. Les moins malades, quand ils sont intelligents et placés dans des situations favorables se guérissent plus complètement qu'on ne le croit et l'un d'eux m'écrivait « qu'il est tout à fait surprenant de se trouver amoureux d'une jeune femme quand on s'est figuré pendant vingt ans que cela était tout à fait impossible ». Mais il faut reconnaître que l'éducation sexuelle devient ici de plus en plus difficile et qu'il s'agit de modifications mentales qui ressemblent de moins en moins à des éducations.

Ces difficultés augmentent encore quand on considère des névroses plus complexes portant sur des actes moins élémentaires. Encouragé par les études dont je viens de faire l'historique,

1. *Obsessions et psychasténie*, 1re édit., 1903, I, pp. 16, 49, 590 ; II, pp. 30, 367.

j'ai essayé pendant des années de traiter par l'éducation, des névropathes de toute espèce, il est intéressant de résumer les résultats obtenus. Dans un certain nombre de cas les résultats sont encourageants, il ne faut pas le méconnaître. Quand Ac., cette jeune fille obsédée par la pensée de ses selles se discipline peu à peu et cesse d'aller aussi souvent aux cabinets, elle prend l'habitude de se préoccuper moins de sa santé ; chez plusieurs malades on voit l'hypocondrie diminuer ainsi par l'éducation. Dans bien des cas de phobie, des malades semblent avoir été améliorés de la même manière. Gc., f. 19, arrive avec la phobie de la solitude : « Elle n'existe plus, elle s'effondre, elle disparaît dans le néant, si elle se sent abandonnée seule dans une chambre ou dans un jardin, même une minute ». Sa garde reçoit l'ordre de la quitter de temps en temps, pendant un temps d'abord très court, puis graduellement plus long et je lui apprends à supporter cet éloignement. Le rétablissement qui est complet en quelques mois semble bien le résultat d'une éducation. Des agoraphobes de toute espèce ont dû répéter tous les jours pendant des mois de véritables exercices pour s'entraîner à sortir seuls, à passer dans des places plus grandes, à « suivre des rues bien dangereuses où il n'y a pas de pharmacien ». Chez les malades qui ont peur des poisons, des microbes, des parcelles d'hostie, etc. et qui ont pris la peur du contact et la manie de se laver perpétuellement les mains, une certaine éducation imposée avec fermeté a rendu bien des services. Il est fort mauvais sous prétexte d'éviter au malade des peurs et des angoisses de céder à toutes ses manies et de le laisser faire ses sottises. Dans bien des familles et même hélas dans des maisons de santé, on voit des manies du contact qui ont été fortement aggravées par ces condescendances et nous venons d'en étudier un exemple remarquable à propos de l'observation de Clarisse. Au contraire il est bon de changer le malade de milieu, ce qui l'aide à modifier sa conduite et de lui imposer une discipline assez sévère pour supprimer presque complètement ses lavages et ses manies malgré ses protestations. Sans doute l'état mental et les obsessions ne sont pas immédiatement modifiés par là et le malade prétend qu'il conserve les mêmes idées quoiqu'on l'empêche de les mettre en pratique. Il n'en est pas moins vrai qu'après une interruption de ce genre, assez prolongée, il arrive souvent à oublier ses craintes et ses manies. Dans une douzaine d'observations des manies de ce genre

ont été supprimées au moins pour une année après quelques mois d'une vie bien disciplinée.

Comme l'ont remarqué les auteurs que nous venons d'étudier, l'éducation du travail, même du travail intellectuel et l'acquisition de quelques bonnes habitudes n'est pas impossible et rend aux malades les plus grands services. Les conseils que donne si souvent M. Maurice de Fleury sont excellents : « La grande affaire c'est de ne pas se gaspiller, c'est de ne pas s'éparpiller. Age quod agis, disaient les vieux pédagogues, faites ce que vous faites et ne faites pas autre chose. Si vous jouez, jouez absolument, entièrement, de toutes vos forces ; mais quand vous êtes au travail, bannissez énergiquement tout ce qui n'est pas le travail, fût-ce même un autre travail... Concentrez votre esprit, mettez-vous des œillères, rétrécissez le champ de votre intelligence sur l'unique objet en question... Sous aucun prétexte ne différez de cinq minutes la mise en train, ce sont les premiers moments qui décident de la valeur de toute la soirée. Les plus grands esprits prennent des précautions peureuses dans la crainte du gaspillage. » Je pourrais citer bien des malades qui ont tiré un excellent profit de ces conseils ou d'autres analogues. Dans une de mes premières observations que je publiais en 1896, celle de Justine, cette femme obsédée pendant vingt ans par l'idée fixe du choléra, l'éducation du travail a joué un rôle considérable[1]. La malade en était arrivée à éprouver le besoin du travail pour arrêter ses troubles : « Je ne puis plus rester inactive, sinon ma tête divague, et si je travaille, tout se dégourdit : une heure de déchiffrage au piano et j'arrête une grande crise. » Dans d'autres cas des femmes atteintes de maladie du doute présentaient, comme cela arrive toujours, de grands troubles de la conduite. L'éducation du travail transforme par exemple Ro., f. 35, Vkp., f. 27 ; elles reconnaissent qu'elles ne savaient pas agir dans leur ménage, qu'elles voulaient trop faire et trop faire à la fois, qu'il faut apprendre à se limiter, à ne faire qu'une chose à la fois et à la terminer. Eb., h. 31, a renoncé peu à peu à ses classifications perpétuelles et ridicules, à ses manies d'abstraction qui rendaient son travail interminable. Les bons effets de ces éducations portant sur la conduite physique et sur le travail mental sont incontestables dans bien des cas.

1. *Névroses et idées fixes*. 1898, I, p. 193.

On pourrait reprendre plusieurs des observations que je viens de résumer à propos de l'isolement et montrer que dans bien des cas il a fallu enseigner à des faibles la nécessité d'une certaine indépendance dans le ménage, la nécessité de résister à des accaparements dangereux. Il ne suffit pas toujours d'un acte de résignation et de liquidation qui débarrasse d'une réminiscence traumatique et bien souvent des malheureux ont besoin d'arriver par une sorte de réglementation de leur vie à l'habitude du calme, de l'indifférence et de la résignation.

Mais dans tous ces cas s'agit-il encore d'éducation proprement dite ou du moins l'éducation qui intervient sans aucun doute joue-t-elle le rôle essentiel? Cela me paraît douteux et nous arrivons à la limite de cette thérapeutique.

7. — Les indications du traitement éducatif.

Des observations précédentes nous pouvons peut-être tirer quelques conclusions sur la valeur des traitements éducatifs dans les névroses, qui nous permettent de préciser les indications de leur emploi.

En premier lieu les troubles qui semblent avoir été le plus favorablement influencés par l'éducation sont des troubles qui portent sur des fonctions psychologiques fort élémentaires. Quand le trouble est limité à une fonction motrice simple, à la fonction de la marche par exemple, ou à la fonction de la respiration, il s'agit d'actions relativement simples dont l'anatomie et la physiologie nous ont assez bien fait connaître le mécanisme, d'autre part nous avons affaire à des sujets qui ne présentent guère de dépression psychologique générale, qui sont susceptibles de comprendre ce qu'on leur demande, de faire des efforts attentifs et prolongés. Ce sont les conditions les plus favorables dans lesquelles nous rencontrons le plus de succès. On sait que par une gymnastique bien dirigée on arrive fort bien à rééduquer un blessé dont un des membres est mutilé ou même amputé : on arrive de même à rétablir au moins en partie les mouvements des malades qui présentent des lésions localisées du système nerveux.

De même que l'on peut apprendre à écrire de la main gauche à un individu qui a perdu la main droite, on peut apprendre une mar-

che nouvelle à un tabétique ou à un hémiplégique qui a perdu une partie de ses centres nerveux. Cet apprentissage sera évidemment d'autant plus difficile que la lésion sera plus étendue, mais en général les troubles fonctionnels apparents au début sont plus étendus que ne le comportent les lésions réelles et l'on est étonné de voir le nombre des mouvements que le malade peut récupérer.

Sans doute les choses sont déjà beaucoup moins simples quand il s'agit de paralysies, de contractures hystériques, de tics, de troubles viscéraux chez des névropathes, nous savons beaucoup moins exactement le mécanisme de la fonction qui est troublée. Cependant les succès sont encore assez nombreux et montrent que nos hypothèses sur ces accidents contiennent quelque chose de juste ; quand nous pouvons, par l'analyse psychologique, découvrir quelle est exactement la tendance altérée nous arrivons beaucoup plus vite à une éducation utile. C'est pourquoi j'ai insisté sur le trouble singulier de la vision observé chez Mme Z... et sur son traitement par la rééducation de la vision monoculaire consciente. Il est rare qu'il en puisse être ainsi et le vague de nos connaissances sur le mécanisme de ces innombrables paralysies fonctionnelles rend en général le traitement par la rééducation beaucoup plus difficile et aléatoire. C'est ce qui arrive le plus souvent quand nous voulons appliquer l'éducation à des troubles mentaux plus complexes. La valeur du traitement éducatif sera en proportion de la connaissance que nous pourrons avoir du mécanisme de la fonction troublée.

Un second point a encore plus d'importance : les auteurs qui ont essayé la rééducation des malades atteints de lésions organiques avaient déjà remarqué que le degré d'énergie et d'intelligence du malade avait plus d'importance que l'étendue même des lésions. L'observation est encore plus juste quand il s'agit des troubles névropathiques. L'éducation réussit chez des individus dont le trouble est au moins en partie localisé sur une fonction particulière, sans que l'ensemble de l'esprit soit profondément altéré. Les individus qui tirent des bénéfices de l'éducation n'ont pas une dépression trop profonde, ils sont encore capables de quelque attention, de quelques actes d'obéissance, de quelques efforts prolongés. Au contraire quand le sujet est tout à fait délirant, ou quand il est très aboulique, incapable d'exécuter aucun des actes les plus simples qu'on lui demande

on ne peut guère obtenir la guérison par la simple éducation. Or les troubles névropathiques sont presque toujours généraux et sont caractérisés par une dépression de toutes les activités. C'est là ce qui semble évidemment restreindre énormément le rôle de l'éducation dans les névroses.

Les défenseurs de ces traitements répondront sans doute que les individus déprimés pourront être transformés puisque nous les voyons quelquefois se relever sous nos yeux et qu'il est possible d'obtenir ce relèvement par l'éducation elle-même. Ne peut-on apprendre à être plus attentif, plus présent, plus énergique, ne peut-on apprendre à apprendre?

Des transformatious de ce genre se présentent certainement au cours de divers traitements et elles apparaissent quelquefois pendant les tentatives d'éducation, bien des auteurs les ont alors rattachées à l'éducation elle-même qui prendrait ainsi dans la thérapeutique des névroses une importance beaucoup plus grande. Il y a là, à mon avis, une confusion de langage et une extension du sens du mot « éducation » analogue à celle que nous avons étudiée à propos du mot « suggestion ». Le progrès de ces études exige une précision plus grande du langage. Il me semble qu'il vaut mieux n'employer le mot éducation que dans un sens restreint, quand il s'agit de construire, de préciser et de rendre automatique un système d'actions particulier et qu'il ne faut pas l'employer quand on parle du développement de l'activité en général, des modifications de la tension psychologique. L'éducation utilise les forces de l'individu, elle les canalise dans une direction particulière qui permettra plus tard d'économiser et d'augmenter ces forces, mais elle ne les augmente pas actuellement. Si un certain traitement permet d'obtenir une augmentation des forces actuelles, une ascension de la tension psychologique, il a une action si importante et si nouvelle qu'il me paraît nécessaire de le distinguer des traitements précédents et de l'étudier sous un autre nom. Nous avons déjà relevé dans les observations précédentes quelques-unes des influences qui se sont ajoutées à l'éducation proprement dite, la suggestion, la recherche et la dissociation des idées fixes, l'économie des forces par le repos et l'isolement. Mais je crois qu'on peut discerner encore dans ces phénomènes l'action d'une autre influence très importante que l'on peut appeler *l'excitation* et dont nous commencerons l'étude dans le prochain chapitre. Ce sont ces diverses influences qui transforment

le malade et qui permettent alors à l'éducation de jouer son rôle.

En effet, même dans ces cas où d'autres actions interviennent au début, l'éducation n'est pas sans utilité : elle agit plus tardivement, à une période déjà avancée de la guérison, mais elle précise et surtout elle fixe cette guérison. Son rôle essentiel consiste à transformer une action en une tendance automatique, à la fixer en quelque sorte. Il ne suffit pas d'avoir obtenu une fois par un procédé quelconque un mouvement du membre paralysé et d'abandonner ensuite le malade, car la paralysie ou la contracture serait bien vite aussi complète qu'auparavant. Il faut à ce moment faire répéter le mouvement, le simplifier, obtenir qu'il soit produit avec moins de conscience, moins de surveillance et moins d'efforts : après avoir obtenu l'action isolée, il faut reconstituer la tendance à cette action et l'éducation joue toujours dans cette reconstruction un rôle considérable.

En un mot nous retrouvons encore une fois le problème du diagnostic et de l'application précise des médications. Il faudra renoncer à parler d'éducation à tout propos dès qu'il s'agit d'un trouble névropathique, il faudra un jour distinguer avec précision les symptômes et les malades auxquels l'éducation est applicable et la place que cette médication spéciale doit occuper dans le traitement. On verra alors qu'elle ne peut suffire à tout, mais que son rôle reste des plus importants.

CHAPITRE II

LES AESTHÉSIOGÉNIES

Il nous reste toujours quelque chose de nos premières amours et nous avons bien de la peine à rejeter comme des illusions les études qui ont intéressé notre jeunesse. Dans un chapitre précédent j'ai dû m'excuser de parler encore aujourd'hui de l'hypnotisme et de la suggestion, je dois m'excuser de même si je reviens dans ce chapitre sur les somnambulismes complets et les aesthésiogénies qui sont des choses ignorées par la génération médicale actuelle après avoir pendant un moment excité l'enthousiasme de la génération précédente. Je reste convaincu qu'au milieu de beaucoup d'erreurs, les magnétiseurs et les métallothérapeutes avaient entrevu des phénomènes fort singuliers, peu explicables, que l'on méprise aujourd'hui parce qu'ils ne sont pas faciles à exploiter, mais qui n'en sont pas moins réels et susceptibles de devenir un jour le point de départ de découvertes importantes.

1. — La crise des magnétiseurs, la métallothérapie.

Je serai bref sur un historique que j'ai déjà fait à plusieurs reprises[1] mais qu'il est nécessaire de résumer. Quand on feuillette avec curiosité les vieux ouvrages des magnétiseurs français, on trouve çà et là des descriptions de somnambulismes bizarres caractérisés par une transformation et une guérison subite et momentanée de malades auparavant très névropathes et déprimés. Dans son « Etude du magnétisme animal sous le point de

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 178; *Accidents mentaux des hystériques*, 1893, p. 226; *Névroses et idées fixes*, 1888, I, p. 50, 238, 436; *État mental des hystériques*, 2e édition, 1911, p. 368, 549, 669.

vue d'une exacte pratique, » 1853, Baragnon parle « de régénération merveilleuse qui s'accomplit tout d'un coup..., d'une résurrection qui s'est opérée toute seule... et dans laquelle le sujet a repris une entière conscience de son moi[1] ». On trouve les mêmes remarques dans Pigeaire, « Electricité animale, » 1839 ; et dans le livre d'Aubin Gauthier « Histoire du magnétisme animal, » 1842, II, p. 373; dans le cours du Braidisme du Dr Philips (Durand et Gros), 1886, p. 97. Mais l'auteur qui a donné la description la plus frappante de ce phénomène me semble être Despine (d'Aix), « Traitement des maladies nerveuses par le magnétisme aux eaux d'Aix », 1840 ; le livre m'a été signalé par le Dr Gibert (du Havre) qui en appréciait l'intérêt. Ce livre est presque entièrement consacré à une seule observation : c'est une étude sur la maladie et le traitement d'une jeune fille de seize ans présentant un état hystérique grave. Estelle à la suite d'une chute peu importante, mais survenue dans des circonstances émotionnantes fut atteinte d'une paraplégie complète avec anesthésie de toute la partie inférieure du corps et troubles dysesthésiques sur le tronc. Elle était en outre anorexique et ne pouvait tolérer sans vomissements qu'une alimentation très restreinte et bizarre. Elle se plaignait d'un sentiment perpétuel de froid et restait enveloppée dans des couvertures, somnolente, inerte, sans aucune activité volontaire, mais très facilement suggestible.

Au cours de diverses tentatives hypnotiques se développa un état bizarre que Despine appelait « la crise » : cet état était caractérisé par le retour complet du mouvement et de la sensibilité. « Pendant les crises, la sensibilité est partout comme elle était dans l'état primitif de santé... et en même temps Estelle devient capable de courir et même de nager dans la piscine[2]. » L'état de l'appétit et de la digestion était transformé : « une chose fort remarquable chez Estelle est la nature du régime alimentaire qu'elle suit dans l'état de crise et celui qu'elle est forcée d'observer durant la veille. En crise, revenue dans son état normal d'ancienne santé, Estelle a l'appétance de tout ce qui lui convenait et de ce qu'elle aimait dans ses premiers ans... de plus, elle en mange pendant sa crise avec abondance et impunément ; pendant son état naturel de veille elle ne saurait s'écarter de son régime habituel, du lait et des œufs sans en éprouver des crampes

1. Baragnon, *op. cit.*, p. 154, 158.
2. Despine (d'Aix), *op. cit.*, p. 88-267.

et des vomissements : notre malade semblait avoir deux estomacs, l'un pour l'état de crise, l'autre pour l'état de veille[1] ». Le sentiment du froid avait également disparu : la malade écartait ses couvertures et ne craignait même plus de se jeter dans l'eau froide[2]. Le caractère était entièrement transformé : Estelle était devenue ferme et décidée dans ses résolutions volontaires, elle n'était plus accessible aux suggestions[3].

Malheureusement cette belle guérison ne se maintenait pas et, quand on réveillait le sujet, ou même quand arrivait la fin de la crise, car celle-ci ne pouvait pas se prolonger fort longtemps, le sujet retombait paralysé, anesthésique, anorexique, gémissant à propos du froid continuel, inerte et suggestible. Elle ne gardait qu'un souvenir vague et quelquefois nul de la période heureuse précédente. Ces crises favorables étaient au début très courtes, plus tard elles purent être prolongées davantage, enfin la guérison totale fut obtenue par une sorte de fusion entre l'état de veille et l'état de crise : « cet intervalle de dix mois a été pour Estelle une époque de fusion à peu près complète entre l'état de crise et l'état de veille. Je veux dire que l'état de veille avec paralysie des extrémités inférieures s'est graduellement confondu avec l'état d'exaltations crisiaque[4]. »

Ce livre est intéressant pour l'histoire de la médecine, si l'on veut bien remarquer que ces études sur la paralysie et l'anesthésie hystérique étaient faites en 1837-38 et étaient publiées en 1840. Mais je n'insiste ici que sur ce traitement singulier qui consiste dans la production artificielle de crises avec restauration complète et momentanée de la santé normale. Des faits de ce genre sont encore signalés çà et là dans les ouvrages sur le somnambulisme : Azam dans sa description de Félida X. note qu'il y a des états de « somnambulisme complet » dans lesquels les troubles pathologiques et la suggestibilité ont disparu, « dans lesquels la notion du monde extérieur et l'indépendance peuvent être parfaites et dont le sujet ne garde pas le souvenir quand il retombe dans son état habituel de maladie ». Mary Reynolds, la malade de Weir Mitchell présentait également des « états alertes » sans symptômes maladifs contrastant avec des périodes de tris-

1. *Op. cit.*, p. 47.
2. *Op. cit.*, p. 31-39.
3. *Op. cit.*, p. 37.
4. *Op. cit.*, p. 61, 66.

tesse et de troubles sans souvenir des premiers[1]. Des faits analogues ont été notés dans la plupart des études sur les « doubles personnalités » : on les trouverait bien décrits dans l'ouvrage de M. L. Laurent sur « les états seconds », 1892. Ce sont ces études disséminées sur les « exaltations crisiaques des magnétiseurs » qui constituent, à mon avis, la première partie et la plus ancienne des recherches qui vont donner naissance au traitement aesthésiogénique.

Il me semble juste maintenant pour suivre l'évolution historique des idées de rattacher à ces premières observations des études et une école aujourd'hui fort oubliées, les études sur la métallothérapie et l'école de Burq. Les doctrines de Mesmer sont sorties, comme on l'a vu, de vieilles croyances qui attribuaient aux astres une grande influence sur le corps humain ; les nouvelles thérapeutiques dont nous avons à parler se rattachent aux idées du moyen âge sur l'influence des métaux. Ces croyances avaient déjà joué un rôle dans les traitements par les « tracteurs métalliques » de Perkins, en Angleterre au XVII[e] siècle, dans les expériences de Wittchman, 1769 et de Fischer, 1802. Elles s'unirent avec les croyances relatives à l'action des aimants qui remontent jusqu'à l'antique Egypte : déjà en 1771 l'abbé Lenoble préparait des pièces métalliques plus ou moins aimantées que le malade devait porter au poignet et sur la poitrine. Le rapport d'Audry et de Thouret sur ces pratiques (Société royale de médecine, 1779) fut plutôt élogieux et des aimants furent utilisés dans la thérapeutique par Laennec, Alibert, Chomet, Récamier, Trousseau, 1833. Parmi les magnétiseurs quelques-uns adoptaient ces idées sur le rôle des métaux et des aimants. Despine (d'Aix) écrivait en 1840 : « Je m'étais aperçu de la singulière appétence que ces malades montraient pour l'or le plus pur ; je m'étais aperçu également de l'influence manifestement différente qu'avaient sur eux le zinc, le cuivre jaune et le fer aimanté... Aussitôt que l'or la touche ses bras reprennent de la vie, si le verre la touche il enlève tout le bon effet de l'or... L'or pur est pour Estellé un véritable levier avec lequel elle souléverait le monde[2]... »

C'est le Dr. Burq qui, de 1851 à 1880, réussit le mieux à répandre ces doctrines et à leur donner au moins une apparence scien-

1. Weir Mitchell, *Mary Reynolds a cese of double consciousness*, 1889.
2. Despine (d'Aix), *Le magnétisme aux eaux d'Aix*, 1840, p. 64, 124.

tifique. Dans sa thèse, 1851, dans ses divers mémoires aux Académies, 1852, 1867, 1871, dans son dernier livre enfin, fort intéressant, « des origines de la métallothérapie », 1882 ; Burq étudie « les modifications que produisent les applications de plaques métalliques sur la peau des malades, ainsi que l'ingestion de ces mêmes métaux ». Ces expériences ont lieu le plus souvent sur des névropathes, sur des hystériques présentant des altérations de la sensibilité cutanée et musculaire. Gendrin, Beau, Briquet, 1846-50 avaient attiré l'attention sur les troubles de la sensibilité tactile des hystériques, déjà étudiée avant 1840 par les magnétiseurs, comme nous venons de le voir à propos de l'ouvrage de Despine. Mais c'est Burq qui a attribué à ces troubles une grande importance et qui a déterminé sur ce point l'enseignement de Charcot à La Salpêtrière.

Tous les métaux appliqués sur la peau n'avaient pas un égal pouvoir, certains n'avaient aucune influence ; mais un métal particulier « par une sorte d'idiosyncrasie métallique propre à chaque sujet » agissait nettement sur le malade. Le choix du métal étant déterminé par quelques essais qui constituaient « la métalloscopie », Burq prenait une sorte de bracelet composé de plusieurs pièces métalliques réunies par un ruban et l'appliquait sur l'avant-bras insensible. Après un temps qui variait de deux ou trois minutes à un quart d'heure, si le métal avait été convenablement choisi, le sujet percevait des démangeaisons et des frissons variés, des sentiments de chaleur et de lourdeur dans le membre, « un fourmillement général, dit l'auteur, annonçait invariablement la fin de l'attaque et le retour de la sensibilité dans toutes les parties du corps..., il y a toujours des phénomènes de dysesthésie dans le passage de l'analgésie à la sensibilité[1] ». En même temps, en effet, le sujet commençait à percevoir d'une manière de plus en plus correcte les piqûres et les diverses impressions faites sur la peau tout à l'heure anesthésique.

En même temps que ce retour de la sensibilité on observait un certain nombre d'autres modifications. La circulation se rétablissait, la peau perdait sa coloration blafarde, les piqûres qui d'abord étaient exangues commençaient à laisser sourdre des gouttelettes de sang et la peau rougissait dans leur voisinage ; la température de la peau s'élevait quelquefois de plusieurs

1. Burq, *Des origines de la métallothérapie*, 1882, p. 36, 83.

degrés et on observait en même temps de la moiteur[1]. Enfin la force musculaire très généralement diminuée dans le membre anesthésique réapparaissait normale. Ces modifications d'abord locales gagnaient de proche en proche d'une manière continue et déterminaient une transformation générale de l'individu. Les paralysies et les contractures, les accidents convulsifs, les troubles viscéraux eux-mêmes disparaissaient. Pour arrêter les grandes crises d'hystérie il fallait selon Burq mettre la malade en contact avec le métal sur la plus grande surface possible : si l'or était son métal de prédilection, ce qui arrivait fréquemment, la couvrir de pièces d'or était le meilleur moyen pour guérir toutes ses maladies.

Burq était convaincu que dans ces guérisons la restauration de la sensibilité cutanée, musculaire et viscérale jouait le principal rôle : « Comment nous refuser à voir, disait-il, que l'anesthésie et l'amyosthénie si constantes dans l'hystérie marchent de pair avec tous les autres phénomènes, qu'elles en sont la mesure et aussi probablement la base, puisque les attaques et tous les autres accidents ont disparu avec le retour de la sensibilité et des forces[2] ». De ces théories découlent des conséquences pratiques que l'auteur exprime d'une manière assez modérée : « Une affection nerveuse avec anesthésie et amyosthénie étant donnée, tout le traitement consiste à trouver un moyen, quel qu'il soit, qui puisse ramener la sensibilité et la motilité à l'état normal. Les agents pour atteindre ce but sont nombreux : il y a par exemple l'hydrothérapie, la gymnastique, l'électricité, les excitants de toute sorte, les rubéfiants, les vésicatoires, le magnétisme animal, les neuvaines mêmes, comme tout ce qui frappe l'imagination ; mais de tous les moyens l'un des plus efficaces est l'application méthodique d'armatures métalliques qui suivent des affinités individuelles mystérieuses[3]. »

En 1876, Burq présenta ses expériences à la Société de Biologie qui nomma une commission pour en examiner la réalité. Charcot fut le président de cette commission et fit répéter les expériences dans son service à la Salpêtrière. C'est encore là un petit événement qui a eu sur l'enseignement de la clinique une influence énorme. En même temps que les conceptions des magnétiseurs

1. Burq, *op. cit.*, p. 40.
2. Ibid., p. 38.
3. Ibid., p. 42.

pénétrant dans la clinique par les voies que j'ai indiquées, les théories de Burq ont beaucoup contribué à l'édification des doctrines de la Salpêtrière sur l'hystérie et sur l'hypnotisme. Quinze ans plus tard, à une époque où l'on se figurait avoir complètement oublié les expériences de Burq, où personne n'aurait consenti à citer seulement l'auteur de la métallothérapie, Charcot répétait encore : « Un hystérique n'est complètement guéri qu'au moment où toute trace d'anesthésie a disparu, » et Gilles de la Tourette ajoutait : « La base de la thérapeutique des accidents hystériques réside donc, à notre avis, dans le rétablissement des diverses sensibilités, perverties ou disparues. » Aucune influence n'est insignifiante dans l'évolution des idées.

Au début d'ailleurs l'enseignement de Burq fut accueilli avec enthousiasme et tous les travailleurs de la clinique se précipitèrent avec avidité sur ces faits nouveaux. Mais ils les abordèrent dans de mauvaises conditions, comme cela était déjà arrivé pour les phénomènes du magnétisme : ne soupçonnant pas qu'il s'agissait là de phénomènes psychologiques, ne comprenant pas qu'il fallait avant tout se préoccuper de l'état mental du sujet et qu'il fallait prendre des précautions morales dans cette étude, ils ne songeaient qu'au côté physique de l'expérience. Ils croyaient satisfaire à toutes les exigences de la méthode scientifique en appliquant à cette partie physique de l'expérience des mesures de précision. Ils étaient disposés à peser les plaques métalliques avec des balances de précision et à enregistrer sur le cylindre de Marey les moindres frissons musculaires, mais il leur était indifférent d'opérer en public au milieu des bavardages et ils se laissaient aller à discuter eux-mêmes devant leurs sujets l'interprétation de l'expérience.

Aussi leurs études ont-elles porté d'abord sur les agents physiques qui pouvaient être substitués aux plaques de Burq et déterminer les mêmes effets. MM. Bourneville, Cullerre, Maggiorani, Paul Richer, Dumontpallier enthousiaste des plaques de Burq avant qu'il ne fût enthousiaste de la suggestion de Bernheim, M. Romain Vigouroux surtout, découvrirent que l'on pouvait remplacer les métaux par des substances vésicantes, par des aimants, par des diapasons vibrants, par des courants électriques et surtout par l'électricité statique. M. R. Vigouroux résume ces découvertes dans ses articles du *Progrès médical*, 1878, p. 747 et dans une étude plus complète publiée par les *Archives de*

Neurologie, 1880-81, p. 257, intitulée : Métalloscopie, Métallothérapie, Aesthésiogénie. C'est de cette époque que date l'habitude de traiter les hystériques en les plaçant sur le tabouret de la machine statique. Ces auteurs élargissent la métallothérapie et arrivent à un concept que Burq, comme on l'a vu, était disposé à accepter, celui d'une thérapeutique par les agents aesthésiogéniques. « Le nom d'aesthésiogénie, disait M. Vigouroux, est le nom général proposé par Charcot pour désigner tous les agents naturels ou les procédés qui ainsi que les métaux ont une action spéciale sur la sensibilité et quelques autres fonctions[1] ».

Les diverses réactions du sujet soumis à l'aesthésiogénie furent aussi étudiées avec précision. C'est ainsi que l'on constata de nouveau des faits que Burq avait signalés d'une manière un peu vague, l'anesthésie de retour, les oscillations de la sensibilité qui apparaissait puis disparaissait de nouveau, l'ordre du retour des sensibilités, la réapparition de la sensibilité tactile avant celle de la sensibilité à la douleur[2]. Enfin à la suite d'une remarque intéressante faite par Gellé au cours du traitement aesthésiogénique d'une malade atteinte de surdité hystérique, on découvrit ou plutôt on redécouvrit le phénomène si remarquable du transfert. Au moment où l'audition était redevenue normale du côté de l'hémianesthésie, elle avait baissé du côté sain au point de n'avoir plus que la valeur primitive du côté malade. On se hâta de vérifier que le fait était général dans le traitement de toutes les hémianesthésies. Galezowski et Landolt étudièrent les mêmes faits à propos des troubles de la vision et surtout des modifications du champ visuel des couleurs.

Ce phénomène du transfert était déjà signalé depuis longtemps par les magnétiseurs, la remarque précédente sur la sensibilité « qui se comporte comme un fluide, diminuant d'un côté quand elle augmente de l'autre » avait déjà été faite par Cabanis. Le transfert est à mon avis un phénomène réel et très intéressant quand il n'est pas déformé par des éducations maladroites ; il est en rapport avec l'épuisement psychologique et le rétrécissement du champ de la conscience ; il mérite encore aujourd'hui une étude approfondie. Malheureusement cette étude ne fut pas faite à cette époque : les observateurs voulaient toujours ne tenir

1. R. Vigouroux, op. cit. *Archives de Neurologie*, 1880-81, p. 257.

2. Paul Richer, *Progrès médical*, 1878, p. 46 ; Landouzy, *Progrès médical*, 1879, p. 60 ; Walton, Deafness in hysterical anesthesia, *Brain*, 1883.

aucun compte de l'état psychologique de leurs malades, ne se préoccupaient que des détails extérieurs des phénomènes, et en les étudiant ils les compliquaient de plus en plus. Après les remarques sur les métaux actifs et les métaux neutres vinrent les recherches sur leurs combinaisons, les études sur les effets d'un métal neutre superposé à un métal actif, sur les actions qui s'inhibent l'une l'autre et qui fixent la transformation à tel ou tel point de son développement, puis les recherches sur des transferts de plus en plus compliqués et invraisemblables.

Tous ces travaux si bien commencés s'arrêtèrent brusquement : en feuilletant le premier volume des Archives de neurologie, 1880-81, je trouve de longues études sur la métallothérapie et le transfert, en particulier les grands articles de M. Romain Vigouroux, et dans aucun des volumes suivants je ne peux plus trouver un seul article, une seule allusion à ces études. C'est à peine si en 1889 ce recueil signale par une breve analyse de Paul Blocq le livre de M. Moricourt, Manuel de Métallothérapie. Toutes ces recherches qui en 1878-79 semblaient avoir un si brillant avenir ont complètement disparu.

La raison de cette éclipse soudaine est bien simple, elle se trouve dans les premières publications de M. Bernheim et dans les débuts de la lutte entre l'école de Nancy et l'école de la Salpêtrière. Déjà depuis longtemps, car la discussion avait débuté au XVIIIe siècle avec les travaux de John Hunter et elle avait été renouvelée par le livre de Hack Tuke : Influence of the mind on the body, 1872, des critiques répétaient que la plupart de ces faits étaient dus à l'influence de l'imagination et de l' « expectant attention ». Mais les médecins ne comprenaient pas l'importance de l'objection et les difficultés pratiques qu'elle soulevait. Nous trouvons ici des problèmes analogues à ceux qu'ont rencontré au début les premiers travaux de Pasteur sur les cultures pures et sur les générations spontanées. Les adversaires croyaient toujours qu'il leur était très facile de mettre leurs cultures à l'abri de toute contamination et n'apportaient que des cultures souillées par tous les germes de l'air. Beaucoup préférèrent renoncer à ces recherches plutôt que d'apprendre à faire des cultures propres.

M. Bernheim a eu le très grand mérite, dans ses attaques un peu brutales mais très justes, de faire comprendre aux médecins le danger de la suggestion et la nécessité des analyses psy-

chologiques dans l'interprétation des symptômes névropathiques. L'effet de ses critiques fut foudroyant pour la pauvre métallothérapie. A mon avis, elle aurait pu et dû se défendre ; il fallait demander des précisions sur le mot « suggestion », s'entendre sur ce que ce mot devait signifier, faire ensuite la part du feu et abandonner les phénomènes apparents qui appartenaient bien à la suggestion ainsi définie, chercher enfin s'il n'y avait pas dans les observations un résidu qui dépassât la suggestion et qui fût encore digne d'intérêt. Mais pour faire tout cela il fallait entrer dans des études psychologiques qui paraissaient difficiles et répugnantes. On préféra tout abandonner et on dépassa même la pensée de M. Bernheim qui dans ses premiers écrits répétait toujours que l'aimant avait peut-être une action réelle sur le système nerveux. Cet oubli complet de toutes ces études me paraît exagéré ; les études de Burq sur la restauration momentanée de la santé des névropathes par un réveil de la sensibilité et du mouvement me semblent encore dignes d'intérêt.

2. — Les somnambulismes complets.

Les doctrines des magnétiseurs sur l'état de crise et celles des disciples de Burq sur l'æsthésiogénie m'ont vivement intéressé, parce que tout au début de mes études j'avais eu l'occasion d'observer des faits analogues à ceux qui avaient servi de point de départ à ces théories. Les malades que j'étudiais au Havre, de 1883 à 1889 et dont l'analyse a rempli mes premiers articles 1886-89, et ma thèse sur « l'automatisme psychologique », 1889, étaient pour la plupart des femmes hystériques présentant des accidents fort graves, attaques délirantes prolongées pendant des journées entières, idées fixes de toutes espèces, anorexies, vomissements, contractures, paralysies, l'une de ces malades, Rose, était paraplégique et ne quittait pas son lit d'hôpital depuis dix-huit mois ; en outre la plupart présentaient des troubles de la mémoire et de la perception, des amnésies variées et des anesthésies portant sur différents sens. A la fois pour travailler à la guérison de ces malades et pour étudier la pathogénie de ces symptômes, je cherchais par tous les moyens possibles à les faire varier, à les modifier, à les faire disparaître par l'hypnotisme, par la suggestion, par des éducations de toutes espèces :

je cherchais à faire remuer correctement les membres paralysés, à faire sentir et apprécier par les malades les impressions faites sur leurs sens engourdis.

Ces pratiques déterminèrent chez quelques malades et surtout sur trois d'entre elles l'apparition d'états qui me semblaient fort singuliers parce qu'ils contrastaient complètement avec l'état maladif habituel de ces personnes. Ces états apparaissaient quelquefois graduellement à la suite des efforts que faisaient les sujets pour se mouvoir et pour sentir et étaient précédés par des contorsions et des démangeaisons ou dysesthésies variées ; le plus souvent ils apparaissaient au cours d'une séance d'hypnotisme et étaient précédés par une période de sommeil profond. Ils étaient surtout caractérisés par la disparition complète de tous les phénomènes pathologiques. Les troubles du mouvement, les paralysies et les contractures étaient disparues, la femme paraplégique depuis dix-huit mois pouvait marcher et courir comme l'Estelle de Despine d'Aix, les vomissements cessaient et les malades pouvaient s'alimenter, en même temps la sensibilité se montrait normale sur tout le corps. La mémoire était étendue à toute la vie et portait même sur les périodes qui précédemment paraissaient complètement oubliées, enfin on ne pouvait plus constater de troubles de la volonté et la suggestibilité ne pouvait plus être mise en évidence. « Le dernier somnambulisme est un état dans lequel le sujet si amoindri et si malade qu'il soit à l'état de veille devient absolument identique à l'individu le mieux portant et le plus normal... C'est un état dans lequel le sujet a retrouvé l'intégrité absolue de toutes les sensibilités qui sont naturelles à l'homme bien portant et l'intégrité absolue de la mémoire, en un mot, l'état dans lequel il n'y a plus aucune anesthésie, ni aucune amnésie. C'est un état important de toutes manières, surtout au point de vue therapeutique[1]... On voit ces femmes, si hallucinables, si passives, lorsqu'elles sont éveillées, reprendre à mesure qu'elles entrent dans le soi-disant sommeil non seulement tous leurs sens et tous leurs souvenirs, mais encore toute leur spontanéité et toute leur indépendance : il devient impossible de leur faire aucune suggestion[2]. »

Dans mes premières études sur ces questions j'insistais beaucoup pour montrer que cet état ne présentait en lui-même rien

1. *Automatisme psychologique*. 1889, p. 114, 178.
2. *Ibid*., p. 179, 344 ; *Accidents mentaux des hystériques*. 1893, p. 123

d'extraordinaire, qu'il était simplement l'état normal dans lequel ces femmes auraient dû être continuellement, mais dans lequel en raison de leur dépression maladive elles ne pouvaient pas rester. En effet je constatais à mon grand regret, car j'avais fondé sur la prolongation de cet état des espérances de guérison, que les malades ne parvenaient pas à demeurer longtemps dans cet état de restauration complète[1]. Si on les abandonnait dans cet état ils retombaient plus ou moins vite et on voyait réapparaître les anesthésies et les autres troubles. En outre un nouveau phénomène qui à ce moment m'a paru fort important venait se joindre aux précédents : c'est que les malades retombés dans leur état de maladie habituel présentaient le plus souvent un oubli complet de cette période de santé déterminée artificiellement. Ces oublis amenaient des scissions dans la suite de la mémoire, ils donnaient naissance à diverses modifications de la personnalité. En un mot ces oublis survenant après les rechutes donnaient aux périodes de santé normale l'apparence de somnambulismes : c'est pourquoi j'ai employé pour désigner ces périodes de restauration momentanée le mot de *somnambulismes complets* déjà utilisé par Azam pour désigner des phénomènes analogues.

Ces somnambulismes complets me paraissent ressembler traits pour traits aux crises magnétiques de Despine (d'Aix). Je dois dire que je ne connaissais pas cet ouvrage de Despine (d'Aix) au moment où je faisais ces observations et que je ne l'ai lu que bien plus tard. Cependant une de mes observations, celle de Rose, reproduit tout à fait l'observation d'Estelle. S'il n'y a pas eu une influence directe, il n'est pas impossible que l'ouvrage de Despine (d'Aix) n'ait eu une influence indirecte sur mes recherches d'une manière assez compliquée. Ce livre était certainement connu par le Dr Perrier (de Caen) qui le cite dans ses articles. Or, comme je l'ai déjà raconté, Perrier a eu entre les mains pendant des années Léonie, un des sujets que j'ai le plus étudiés et qui m'a présenté l'un des premiers les phénomènes du somnambulisme complet. Il est bien probable que Perrier avait auparavant déterminé sur elle de tels états et l'y avait habituée. Il se peut que la constatation chez Léonie de ces somnambulismes complets m'ait conduit à les rechercher sur d'autres. Les idées

1. *Automatisme psychologique*, p. 135, 349; *Accidents mentaux des hystériques*, 1893, p. 225; 2e édition, 1911, p. 382; *Névroses et idées fixes*, 1898, I, 239.

passent ainsi perpétuellement de l'un à l'autre par des voies indirectes et souvent invisibles.

Je suis également disposé à croire que ces faits ont beaucoup d'analogies avec ceux qui ont été décrits par l'école de Burq. On trouve chez ces auteurs des observations d'hystériques momentanément ramenées à l'état normal par l'application de pièces d'or qui ressemblent tout à fait à celles de Lucie ou de Rose. La restauration de la sensibilité semble dans les deux groupes d'observations le phénomène qui joue le plus grand rôle, celui que l'expérimentateur cherche à obtenir et qui déclanche tous les autres. Il n'y a de différences que dans les procédés employés pour déterminer ce retour de la sensibilité et il ne semble pas qu'elles soient considérables. C'est pourquoi dans cette revue historique, j'ai rattaché mes recherches sur le somnambulisme complet aux études de Burq comme à celles des magnétiseurs.

Mes premières observations furent confirmées par les recherches que j'ai continuées dans les hôpitaux de Paris depuis 1889. Je rappelle seulement à ce propos mes études sur « un cas d allochirie », 1890, sur « un cas d'aboulie et d'idées fixes », 1891, sur « l'amnésie continue », 1892-93, « l'histoire d'une idée fixe », 1894, études qui ont été reproduites dans mon livre sur « les névroses et les idées fixes ». Dans toutes ces observations les malades qui présentaient depuis longtemps des paralysies, des anesthésies, des amnésies, des aboulies de toute espèce perdaient momentanément tous leurs symptômes pathologiques à la suite de traitements psychologiques variés. Marcelle, par exemple, ordinairement aboulique et anesthésique au plus haut point « était dans ces moments transfigurée, elle avait la figure ouverte et intelligente, les yeux mobiles et capables de fixer les personnes, les mouvements rapides... Elle constatait elle-même fort bien le changement et appelait cet état un instant clair. C'était une sorte de rémission dans la maladie, un moment pendant lequel le cerveau en quelque sorte reposé reprenait ses fonctions ordinaires... Cet état correspond à celui que j'ai décrit sous le nom de somnambulisme complet... Il n'est comme je l'ai répété souvent qu'une réapparition momentanée de l'état de veille normale du sujet, état qui prend l'apparence d'un somnambulisme à cause des rechutes, des retours à l'état d'anesthésie[1]. »

1. Un cas d'aboulie et d'idées fixes, 1891, *Névroses et idées fixes*, I, p. 50.

Dans toutes ces études comme dans les précédentes, j'ai insisté sur les périodes de transition qui se placent entre les états maladifs et les états de restauration complète. Mes premiers sujets étudiés au Havre présentaient presque tous à ce moment une période de sommeil profond les yeux fermés sans aucune réaction apparente et ouvraient les yeux plus ou moins brusquement en paraissant se réveiller dans l'état alerte. Certains malades, comme Marcelle, correspondaient encore à ce type. D'autres, comme Mme D., Justine, etc., présentaient au contraire une apparence qui était plus rare dans mes premières observations, ils ne paraissaient pas s'endormir, mais présentaient des contorsions diverses de différentes parties du corps et ces contorsions pouvaient même aller jusqu'à une véritable attaque convulsive comme cela arrivait chez Marcelle[1]. Ils continuaient à parler et gémissaient à propos des sensations d'énervement, de chatouillement, de brûlure qu'ils éprouvaient. Plusieurs, comme Mme D. ou Justine se plaignaient de violentes douleurs dans la tête, de coupures, de déchirures, d'arrachements, de sensations bizarres analogues à des fils qui se cassent, à des boules qui éclatent dans la tête[2].

J'insistais également sur les sentiments qu'éprouvait le sujet au moment du début de l'état alerte, sur sa joie, sa gaieté, sur le plaisir qu'il éprouvait à voir que la lumière était plus vive, les objets plus colorés et mieux éclairés, sur la satisfaction qu'il éprouvait « à se retrouver lui-même, à se reconnaître[3] ». Malheureusement ces périodes heureuses étaient trop passagères, comme je l'avais déjà signalé : une émotion, une fatigue, un effort intellectuel un peu prolongé faisait retomber le sujet dans son état antérieur dans lequel il présentait très souvent une amnésie de la période heureuse précédente[4]. Une transition également intéressante est celle qui se présente à la fin de l'état alerte, quand le sujet retombe dans l'état de dépression. Quelquefois cette transition s'opère insensiblement, mais le plus souvent elle s'opère plus ou moins brusquement et le sujet présente à ce moment des troubles particuliers, très fréquemment une crise convulsive à la suite de laquelle on voit réapparaître les anesthésies et les autres troubles.

1. *Ibid.*, p. 44.,
2. *Op. cit.*, p. 44, 147, 165.
3. *Op. cit.*, p. 427.
4. *Op. cit.*, p. 51, 54, 59, et pass.

Le rôle de l'aesthésiogénie dans la production de ces somnambulismes complets devient peut-être encore plus net dans les observations suivantes qui furent faites à cette époque par mon frère, M. Jules Janet. Après avoir examiné les transformations physiques et morales que je lui montrais au Havre sur quelques sujets, il chercha à les reproduire sur des malades du même genre. Il constata des faits analogues sur plusieurs hystériques, mais il fit surtout une observation remarquable sur une jeune femme de 25 ans qu'il décrivit sous le nom de Marceline[1]. Il s'agit d'une jeune femme qui avait présenté depuis des années tous les accidents hystériques possibles et qui était surtout une anorexique refusant les aliments. Quand elle avait absorbé avec répugnance quelque nourriture ou quand elle avait été un peu alimentée à la sonde, elle vomissait presque immédiatement tout ce qu'elle avait pris et était parvenue au dernier degré de l'émaciation et de la faiblesse. Cette malade présentait en outre diverses contractures, de la rétention d'urine, des anesthésies de toutes espèces et des troubles visuels. Quelques séances furent consacrées à l'hypnotiser et à profiter de l'état hypnotique pour restaurer grâce à des exercices d'attention la sensibilité tactile et la sensibilité gustative. Marceline entra bientôt dans un état où elle recouvrait une sensibilité normale sur tout le corps, remuait ses membres librement, était capable d'uriner volontairement sans se sonder et mangeait volontiers sans avoir aucun vomissement. « On se croirait, dit Jules Janet, à propos d'une malade de ce genre en présence de l'état de veille d'une personne saine. L'observateur le plus exercé ne saurait la distinguer d'une personne normale ; nous n'avons plus devant nous une névropathe, une incomplète, mais bien une jeune femme jouissant de toute la plénitude de ses fonctions nerveuses, nous donnant la mesure de ce que valent ses centres nerveux qui, somme toute, sont sains et normaux[2]. » Il fut facile de se servir de cet état pour alimenter Marceline et lui faire reprendre rapidement ses forces. Cet état avait été provoqué primitivement au cours d'une hypnose, M. Jules Janet l'appelait encore un sommeil et après un certain temps réveillait la malade. Dès qu'elle était réveillée, elle retombait inerte, présentait de

1. Jules Janet, Un cas d'hystérie grave, communications à la Société clinique de Paris et à la Société de Psychologie physiologique. *Bulletin médical*, 1888-89 ; *La France médicale*, 6 avril 1889 ; *Revue scientifique*, 1888, I, p. 616.

2. Jules Janet, *Revue scientifique*, 1888, I, p. 616.

nouveau tous les troubles hystériques et était incapable de se souvenir des heures passées dans l'état somnambulique. M. Jules Janet fut amené tout naturellement à essayer de supprimer ce réveil fâcheux à tous les points de vue et à laisser la malade dans cet état provoqué il est vrai artificiellement, mais tout à fait identique à une veille normale. « Peut-on, disais-je à ce propos, laisser les sujets indéfiniment dans cet état, ce serait un moyen bien facile de guérir complètement l'hystérie[1] ? » et M. Jules Janet ajoutait : « Pour guérir une hystérique d'un accident il faut arriver à faire disparaître en même temps que l'accident toutes les tares de l'état de veille : il y aurait un moyen de guérir l'hystérique, ce serait de la faire vivre indéfiniment dans cet état où en effet elle serait absolument complète et ne serait passible d'aucun accident[2]. » Cette tentative réussit en partie à plusieurs reprises, Marceline resta guérie des jours et même des semaines dans son état somnambulique ; mais soit au moment des règles, soit à la suite de fatigues ou d'émotions elle paraissait se réveiller, c'est-à-dire qu'elle retombait dans son état maladif avec un oubli souvent fort étendu portant sur toutes les périodes précédentes d'état alerte. Pour lui rendre la santé, il fallait la rendormir fréquemment et renouveler les efforts qui amenaient le rétablisssement de la sensibilité. Ces changements des fonctions viscérales et des fonctions intellectuelles étaient fort curieux et M. Jules Janet les fit constater fréquemment par diverses personnes. C'est ainsi que beaucoup d'étudiants et d'internes des hôpitaux, parmi lesquels il faut compter M. Paul Sollier ont eu l'occasion de constater les alternances bizarres que l'on pouvait déterminer artificiellement sur ce sujet grâce aux modifications de la sensibilité ainsi que la manière dont s'effectuaient les transitions[3].

L'ordre historique nous amène, en effet, à signaler à ce moment les études de M. Paul Sollier, publiées dans ses deux volumes sur « la genèse et la nature de l'hystérie », 1897, résumés dans « l'hystérie et son traitement ». L'attitude que M. Sollier avait prise vis-à-vis de M. Jules Janet m'a longtemps empêché de citer et de discuter les travaux de cet auteur : je suis heureux que

1. *Automatisme psychologique*, p. 135.
2. Jules Janet, *Revue scientifique*, I, p. 618, 888.
3. Sur ce début du traitement de Marceline, cf. mon étude sur « une Félida artificielle », *Revue philosophique*, 1910, I, p. 329 ; *État mental des hystériques*, 2e édition, 1911, p. 545.

M. Sollier par sa lettre de protestation à M. Ribot[1] m'ait permis de dire avec discrétion ma pensée, de signaler ce qui dans ses livres me paraît critiquable et ce qui me semble digne d'intérêt.

Quelle que soit l'importance des critiques sur lesquelles nous aurons à revenir, il faut reconnaître que M. Sollier a eu le mérite de chercher à reproduire les faits que lui avait montrés M. Jules Janet et de chercher à vérifier la valeur des théories qui lui avaient été enseignées. A une époque où tous les médecins effrayés par les désastres de l'école de Charcot se désintéressaient de l'hystérie et de l'hypnotisme, il a eu le courage de reprendre les études sur l'aesthésiogénie et les somnambulismes complets. Son livre, « Genèse et nature de l'hystérie » publié en 1897 paraît isolé, car à cette époque personne n'osait publier des ouvrages de ce genre. Ces deux volumes, à côté d'interprétations au moins contestables, contiennent une description minutieuse de 20 malades hystériques étudiées au point de vue psychologique, quoique l'auteur se fasse sur ce point des illusions, et une étude sur les effets qu'ont produit sur ces malades les traitements aesthésiogéniques. M. Sollier il est vrai croit dissimuler le caractère psychologique de ses études en les appelant à chaque page physiologiques, il se figure se séparer complètement de tous les auteurs précédents et pouvoir se dispenser de les citer simplement en remplaçant le mot « aesthésiogénie » par le mot « resensibilisation », mais ces enfantillages ne transforment pas la nature de ses études et ne suppriment pas entièrement leur intérêt.

M. Sollier adopte sans hésitation l'idée fondamentale de l'école de Charcot, inspirée par Burq, qui fait des troubles de la sensibilité le phénomène fondamental de l'hystérie ; il érige même en dogme le principe formulé par Gilles de la Tourette que l'anesthésie cutanée localisée à une région est toujours liée à l'anesthésie profonde d'un viscère sous-jacent ; enfin il considère comme le point essentiel du traitement le rétablissement de cette sensibilité. Les procédés aesthésiogéniques qu'il emploie sont identiques à ceux des auteurs précédents : il demande aux malades des efforts de volonté et d'attention en leur commandant de se secouer, de sortir de leur engourdissement, de se réveiller complètement. Pour y parvenir, il leur commande de se mouvoir en

1. *Revue philosophique*, 1910, I, p. 550.

faisant attention à leurs mouvements, en les appréciant correctement, il leur ordonne de faire attention à toutes leurs sensations, de sentir avec délicatesse sur tout le corps. Quand ces commandements un peu généraux ne suffisent pas, il attire l'attention successivement sur chaque partie du corps : « Sentez votre pied, votre jambe, faites attention à votre main gauche, sentez votre estomac, votre ventre, etc. » Il insiste longtemps, répète indéfiniment les mêmes ordres, et cherche à attirer l'attention du sujet sur son corps par tous les moyens, quelquefois il recourt à l'électricité statique, souvent il a recours à des exercices gymnastiques pour compléter les commandements précédents.

Pendant la période de transformation, les sujets que M. Sollier a étudiés ne semblent pas avoir présenté ces sommeils de transition que j'avais notés fréquemment, ils traversaient une période d'agitation et de dysesthésie. L'auteur insiste beaucoup sur les formes particulières de ces secousses et de ces contorsions, portant sur tel ou tel organe et veut même assimiler complètement ces agitations aux convulsions de l'attaque. Il décrit aussi minutieusement les picotements, fourmillements, tiraillements, brûlures décrits par les sujets à différents endroits, leurs sensations de torsion ou de détente, de grossissement ou de diminution des membres. Il insiste sur les réactions liées au réveil de la sensibilité de l'estomac, secousses, gargouillements, fourmillements, élancements, soupirs, bâillements, sensation que l'estomac s'élargit, qu'il y coule quelque chose de doux et de tiède, sensation de la soif qui apparaît avant celle de la faim. Il examine les mêmes phénomènes à peu près avec les mêmes expressions à propos des organes abdominaux, des organes respiratoires, des organes génitaux.

M. Sollier insiste surtout sur les sensations que les malades éprouvent dans la tête : celle-ci leur paraît grosse, lourde et vide ; ils y sentent des déchirements, comme si des barres tendues d'avant en arrière ou des fils, se tiraient, s'emmêlaient, grossissaient, formaient des nœuds puis éclataient comme du verre, comme si des bulles de savon se formaient, grossissaient, crevaient, comme si des feux d'artifice éclataient. Ces phénomènes ou plutôt ces langages singuliers des malades ont été déjà décrits bien souvent, aussi M. Sollier préfère-t-il étudier un point plus original, c'est la localisation de ces sensations sur la tête. Il ne

s'agit pas des points du vertex ou de l'occiput, des douleurs localisées aux fontanelles, comme je le disais autrefois, il s'agit de localisations bien plus précises. Dans les cas d'hystérie monosymptomatique il constate toujours une zone crânienne plus ou moins étendue, douloureuse à la pression et présentant une anesthésie ou une analgésie plus ou moins marquée. On est en droit, ajoute-t-il, de supposer que la région sous-jacente est engourdie. Une paralysie flasque du bras droit est toujours accompagnée d'une zone de ce genre au niveau de la partie moyenne de la zone Rolandique gauche, un mutisme est accompagné de cette zone de dysesthésie crânienne au niveau de la circonvolution de Broca[1]. En un mot les zones dysesthésiques crâniennes sont exactement superposées à la région du centre cortical de l'organe intéressé. Ces remarques permettent à l'auteur de découvrir des centres corticaux moins connus, comme le centre de l'estomac, « des deux côtés du crâne, mais toujours plus marqué à gauche, à 5 centimètres de la ligne biauriculaire et de la ligne antéro-postérieure, par conséquent au niveau du lobule pariétal supérieur dans une zone qui ne renferme précisément aucun centre fonctionnel connu. » On découvrira de la même manière des centres certicaux pour le cœur, pour la vessie, pour l'intestin, pour les organes génitaux. En général, l'anesthésie périphérique et viscérale disparaît par un retour de la sensibilité à la partie postérieure du cerveau, la mémoire n'est rétablie que lorsque la sensibilité devient normale à la région frontale[2]. Ce sont ces remarques qui ont amené M. Sollier à expliquer toute l'hystérie par un engourdissement, un sommeil des centres corticaux du cerveau et à présenter ce qu'il appelle sa théorie physiologique de cette maladie.

Quand la restauration des sensibilités est complète, quand le malade se trouve complètement réveillé, il exprime d'ordinaire une série de sentiments d'étonnement et de joie souvent signalés précédemment. « C'est drôle comme tout est grand ici, les meubles, les objets paraissent plus clairs, je sens battre mon cœur... C'est comme si je sortais d'un grand sommeil, d'une longue maladie, comme si je ressuscitais, comme si une vie nouvelle s'ouvrait devant moi..., etc. » Ces sentiments de bien-être

1. Sollier, *op. cit.*, I, p. 385; De la localisation cérébrale des troubles hystériques. *Revue neurologique*, 1900, p. 102.
2. Sollier, Cœnesthésie cérébrale et mémoire. *Revue philosophique*, juillet 1899

provoquent le rire et donnent aux sujets une apparence générale de gaieté et de santé qu'ils n'avaient pas auparavant. A côté de ces constatations qui rappellent des études antérieures, M. Sollier préfère insister sur des phénomènes moins connus. Tous ses sujets en se réveillant ainsi présentent une amnésie rétrograde étendue sur toute la période qui a été remplie par la maladie. Si l'état hystérique dure depuis deux ou trois ans, ils se réveillent deux ou trois ans en arrière en ayant oublié tout ce qui a rempli la période maladive. S'ils étaient hystériques depuis l'enfance, ils se réveillent à l'âge de deux ou trois ans n'ayant que les souvenirs, les manières et le langage d'un tout petit enfant. Il faut plus tard par une nouvelle éducation qui consiste à perfectionner encore leur sensibilité les aider à réacquérir en commençant par les plus anciens tous ces souvenirs oubliés jusqu'au moment présent, c'est ce que l'auteur appelle la régression de la personnalité et sa progression en rapport avec l'état de la cœnesthésie.

Les malades sont alors complètement rétablis, tous les accidents hystériques disparaissent, on voit réapparaître le sommeil normal, car l'hystérique anesthésique ne dort pas ou ne dort que d'une façon anormale et le sommeil paraît être en fonction de cette restauration de la sensibilité. Quoique les sujets sentent maintenant la fatigue ils sont capables d'agir beaucoup plus. Leur nutrition même se transforme et on assiste à des engraissements rapides et souvent considérables. Malheureusement M. Sollier constate comme tout le monde des retours en arrière, des « anesthésies de retour » c'est-à-dire des rechutes à la suite de diverses circonstances, les règles, les fatigues, les émotions, une contrariété, un travail intellectuel un peu soutenu, etc. Il y a d'ailleurs des différences entre les malades, les uns font des efforts pour maintenir ou récupérer rapidement leur sensibilité, les autres manifestent peu de bonne volonté. Il faut alors recommencer le travail de resensibilisation qui d'ordinaire est moins difficile, mais qui doit être répété un grand nombre de fois. Il n'en est pas moins vrai qu'au travers de ces oscillations les progrès restent cependant assez frappants. Dans les 20 observations que donne M. Sollier portant sur des hystéries très graves et très anciennes il y a à peu près cinq cas de grandes améliorations, cinq cas de guérison momentanée durant plusieurs mois et une dizaine de guérisons qui semblent complètes et qui ont encore été constatées au bout d'une ou même plusieurs années. Ce sont

là des résultats intéressants qu'il faut compter à l'actif de l'aesthésiogénie.

Le livre de M. Sollier n'a guère contribué à relever l'aesthésiogénie dans l'esprit des médecins, bien au contraire, il semble avoir découragé les chercheurs, peut-être à cause de l'impression d'artificiel qui s'en dégage si nettement. J'ai été moi-même inquiété en voyant combien on pouvait uniformiser et schématiser arbitrairement ces phénomènes par le dressage, j'ai craint d'être tombé moi-même dans des erreurs analogues et pendant longtemps j'ai voulu m'abstenir de ces recherches. Aussi ne puis-je ajouter pour terminer l'historique de l'aesthésiogénie qu'un petit nombre d'études que j'ai publiées à ce sujet depuis cette époque, soit pour terminer d'anciennes recherches, soit quand des observations fortuites attiraient de nouveau mon attention sur ce genre de phénomènes.

M. Jules Janet, qui depuis 1887 avait entrepris l'étude de Marceline, se trouva absorbé par d'autres études et en 1889 me confia cette intéressante malade. Elle est restée sous ma direction de 1889 jusqu'en 1901, époque à laquelle elle succomba âgée de 35 ans à la tuberculose pulmonaire. Comme cette longue observation d'une hystérique anorexique, suivie minutieusement pendant 17 ans, n'était pas sans intérêt et méritait d'être conservée, je l'ai publiée complètement dans un travail assez étendu sous ce titre « une Félida artificielle », *Revue philosophique*, 1910, I, p. 329, p. 483 ; ce travail a été réimprimé dans la 2e édition de l'*état mental des hystériques,* 1911, p. 545. Cette étude contient des recherches sur l'anorexie hystérique et sur la nutrition de ces malades à alimentation réduite faites au laboratoire de physiologie de l'Ecole de médecine. Il contient aussi des recherches relatives aux effets de l'aesthésiogénie sur cette malade, lorsqu'on essaye autant que possible non de supprimer, ce qui est impossible, mais de diminuer le rôle de la suggestion. Je reviendrai sur ces études en discutant dans le prochain paragraphe les diverses hypothèses relatives à l'interprétation de l'aesthésiogénie.

Je dois aussi signaler rapidement l'observation de Jm., femme de 42 ans, évidemment guérie par des pratiques aesthésiogéniques d'accidents hystériques, en particulier de contractures qui duraient depuis des années. Les modifications des troubles

visuels furent particulièrement intéressantes. Cette femme était depuis longtemps amaurotique de l'œil gauche et ne voulait même pas soigner cet œil considéré comme perdu. Des expériences simples m'ayant montré qu'il s'agissait bien d'une amaurose hystérique, j'ai cherché pendant l'état hypnotique à réveiller la vision de l'œil gauche. La vision fut rétablie non sans vives douleurs dans cet œil qui « allait éclater ». Mais à ma grande surprise, car je ne m'attendais guère à des phénomènes de ce genre, ce rétablissement amena au début des troubles dans la vision de l'œil droit et des phénomènes singuliers d'hémianopsie. Ces faits seront à examiner avec soin quand on se décidera à aborder sérieusement l'étude psychologique du transfert[1].

Dans une dernière étude plus générale sur « l'influence somnambulique et le besoin de direction »[2], je constatais à la suite de divers traitements des changements réguliers dans la conduite des malades entre deux séances de traitement. Ces changements sont encore des phénomènes analogues aux précédents. Immédiatement après la séance on observe souvent une période de trouble et de fatigue : plusieurs malades se plaignent de la tête et ils éprouvent des sensations bizarres de torsion, d'éclatement, ils sont fatigués comme s'ils avaient été battus. Quelques-uns ont comme Irène une sensation de refroidissement tout à fait particulière. Cette dernière malade n'est réellement bien que si elle a la peau froide après la séance, tandis que la chaleur des mains à ce moment est chez elle un mauvais signe. Nous avons déjà noté ces troubles singuliers de la circulation chez les névropathes. Ces malaises durent quelques heures et même chez plusieurs malades quelques jours.

Après la période de fatigue, le sujet entre dans la période importante de *l'influence somnambulique* dont la durée est fort variable, mais qui est surtout caractérisée par un état apparent de santé et de bien-être. C'est à ce moment que les sujets expriment ces sentiments de satisfaction enthousiaste que nous venons de signaler : « Je pleurais de joie, il y a deux ans que je ne pouvais pleurer. Je ne suis plus la même, je reprends une vie nouvelle, ma tête me paraît neuve et je vois les choses pour la première fois ». Ces sentiments correspondent à la disparition

1. Un cas d'hémianopsie hystérique transitoire. *Presse médicale*, 25 oct. 1899, p. 241 ; *État mental des hystériques*, 2e édition, 1911. p. 458.
2. *Revue philosophique*, février 1897 ; *Névroses et idées fixes*, 1898, I, p. 423.

momentanée de tous les symptômes pathologiques, attaques, somnambulismes, délires, idées fixes, paralysies, vomissements, etc... et en même temps au développement ou plutôt à la réapparition des fonctions psychologiques supérieures. C'est à ce moment que le sujet, si malade qu'il fut auparavant, se rapproche le plus de l'état normal.

Malheureusement cet état se maintient rarement d'une manière définitive surtout au début des traitements. Au bout d'un certain temps variable suivant les sujets et le degré de leur maladie tout change. A l'occasion d'une émotion ou d'une fatigue ou tout simplement à la suite de l'ecoulement du temps, les accidents névropathiques, les signes de la dépression psychologique réapparaissent. Il suffit par exemple de la période des règles pour ramener chez Cora, f. 30, les obsessions de jalousie : « Qu'est-ce que je deviendrai si mon mari s'intéressait à une autre ? » Un orage aussi bien qu'une rencontre dans la rue amène la rechute de Marceline ou d'Irène. Sans qu'il y ait d'ailleurs aucun incident troublant, les unes retombent régulièrement au bout de huit jours, les autres au bout de trois semaines. Cette descente se produit quelquefois brusquement avec ou sans une sorte d'aura et prend la forme d'une attaque d'hystérie, j'en ai décrit de semblables chez Marceline et chez Irène. Le plus souvent la transition se fait graduellement au cours d'une journée. Quelquefois elle se fait la nuit et le changement se manifeste au réveil. Quand le changement se fait la nuit, à la suite d'un cauchemar par exemple, on peut noter quelquefois un fait intéressant, c'est que le sujet se réveille un moment, puis se rendort, mais que son sommeil est devenu tout différent, léger, incomplet et fatigant. comme celui des hystériques. Dans toutes ces variétés, les phénomènes essentiels sont les mêmes : tous les symptômes pathologiques réapparaissent à peu près tels qu'ils étaient auparavant, les troubles de la pensée, les insuffisances de l'action, les agitations, les sentiments d'incomplétude, en un mot la dépression psychologique se manifeste de nouveau.

Je voudrais insister un peu plus sur une dernière publication à laquelle j'aurai besoin de faire allusion dans l'étude des interprétations, celle de l'observation d'une jeune malade désignée sous le nom d'Irène[1]. Il s'agit d'une jeune femme âgée aujourd'hui

1. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de psychologie*

de 34 ans et qui a présenté depuis l'âge de 20 ans des accidents hystériques très graves et des dépressions mentales. L'observation dont je parle ne porte que sur les deux premières années de la maladie, il y aura lieu d'y faire quelques additions. Dans un chapitre précédent de ce livre, à propos des réminiscences traumatiques et des liquidations j'ai déjà discuté certains points de cette longue observation, je désire y revenir ici à un autre point de vue. Comme on l'a vu, cette jeune fille déjà fort névropathe depuis son enfance avait dû, à l'âge de 20 ans, soigner seule pendant plusieurs mois sa mère atteinte de tuberculose pulmonaire, ce qui l'épuisa complètement et elle fut bouleversée par la mort de celle-ci survenue dans des circonstances particulièrement dramatiques. A la suite de ces événements elle eut de violentes attaques hystériques durant des journées entières pendant lesquelles elle délirait et répétait tantôt en les jouant, tantôt en les décrivant par la parole les derniers moments et la mort de sa mère. En dehors de ces crises elle avait des hallucinations, des impulsions, des contractures surtout à la jambe droite, quelques troubles de la sensibilité surtout du côté droit, toutes espèces de troubles de l'action sur lesquels j'ai particulièrement insisté et surtout des amnésies remarquables.

Quoique dans ses délires elle eut le souvenir exact des derniers mois de la vie de sa mère, de sa mort et des événements qui avaient suivi, puisqu'elle les répétait et les jouait avec de grands détails, elle présentait au contraire dans sa vie normale un oubli complet de tous ces faits. Elle paraissait ne plus jamais penser à sa mère qu'elle avait tant aimée et pour laquelle elle s'était dévouée follement et ne pouvait même plus se la représenter en imagination. Elle acceptait l'idée de la mort de sa mère avec indifférence et sans conviction, car elle n'avait aucun souvenir à ce propos. L'amnésie s'étendait sur les trois mois qui avaient précédé la mort et sur les deux mois qui l'avaient suivie ; d'ailleurs la malade présentait constamment un certain degré d'amnésie continue pour les événements récents. J'ai insisté souvent sur cette réunion d'une hypermnésie automatique pendant le délire avec une amnésie pendant la veille portant sur les mêmes événements.

normale et pathologique, septembre 1904, p. 417; *État mental de hystériques*, 2e édition, 1911, p. 506.

Irène était depuis trois mois à l'hôpital sans que les traitements ordinaires, les toniques, l'hydrothérapie, les exercices gymnastiques, l'électricité statique et l'isolement de son milieu aient amené aucune modification dans tous ces troubles, quand j'ai essayé de la traiter en attaquant uniquement son amnésie, en essayant une éducation destinée à rappeler les souvenirs en apparence perdus. Cette jeune fille était facilement hypnotisable, mais ne retrouvait pas spontanément pendant l'état hypnotique les souvenirs perdus. Ce fut pendant cet état que j'essayai de diriger l'attention sur les souvenirs et de forcer la malade à les retrouver et à les exprimer correctement. Le travail fut difficile, il s'accompagna comme dans l'observation de Mme D. de grandes douleurs de tête ; ces douleurs furent ici particulièrement graves et amenèrent soit pendant l'hypnose, soit surtout après l'hypnose, des syncopes et des vomissements. Néanmoins les souvenirs se rétablirent, d'abord pendant le sommeil hypnotique ; puis plus tard, à la suite de nouveaux efforts plus faciles, pendant la veille. Je n'insiste pas ici sur les incidents de cette restauration ni sur l'ordre de réapparition des souvenirs que j'ai examinés ailleurs.

Le point qui est ici important c'est que cette excitation de la mémoire eut un effet général des plus nets sur tous les accidents et sur tous les troubles de cette névropathe très complexe. Déjà pendant le sommeil hypnotique, Irène, après chaque progrès sérieux de la mémoire, entrait dans un état en apparence tout nouveau ; elle ouvrait les yeux, s'étonnait de la clarté plus grande, se sentait heureuse et croyait commencer une vie nouvelle : « Il est ridicule de dire que je dors, je suis plutôt éveillée bien fort, je suis comme avant d'être malade, il me semble que je vois plus clair et que j'ai grandi. C'est ma vraie personne qui est revenue ». Elle ne présentait plus ni contractures ni anesthésies, quoique dans les excitations précédentes je n'eusse pas fait le moins du monde allusion à la sensibilité cutanée. Son activité était transformée ; elle perdait sa timidité et pour la première fois faisait des projets d'avenir avec quelque résolution. Si j'essayais de lui faire faire de nouveaux efforts, toujours en faisant appel à ses souvenirs, la malade se contorsionnait, avait des éclats de rire qui étaient chez elle un phénomène de dérivation et un signe d'épuisement et gémissait : « je n'en peux plus, ne me faites pas continuer ». Si on insistait, on provo-

quait des syncopes ou une grande attaque qui était loin d'avoir un effet favorable. Quand on n'insistait pas trop et quand on la réveillait à ce moment, les progrès obtenus se maintenaient en grande partie. Depuis le moment où Irène fut capable de se souvenir volontairement de sa mère elle cessa de se la représenter dans des délires ; les crises, les hallucinations disparurent, ainsi que les terreurs d'origine subconsciente. Les mouvements et la sensibilité restèrent corrects et surtout, c'est le point sur lequel j'ai le plus insisté dans mon étude, les actions furent transformées et la malade devint capable de se conduire correctement. Sans doute cette transformation était au début fort instable et rapidement à propos de la moindre émotion tout retombait. Mais les excitations par les efforts de mémoire devinrent plus faciles, l'état de somnambulisme complet fut plus long et le rétablissement devint permanent au moins pendant plusieurs années, car cette même malade a eu depuis d'autres troubles qui ont pu être guéris à peu près de la même manière, nous aurons à revenir sur ces faits. Je ne voulais rappeler ici que ce traitement singulier d'un ensemble de troubles complexes par un simple éveil de la mémoire. Quoique le procédé soit différent le résultat est le même : le sujet entre dans un état de somnambulisme complet qui dure plus ou moins longtemps et qui est suivi d'une amnésie exactement comme les somnambulismes complets produits par l'éveil de la sensibilité. C'est pourquoi je n'hésite pas à rattacher cette observation à notre historique des méthodes aesthésiogéniques.

Après ce traitement la guérison de cette malade se maintint plusieurs années, mais vers l'âge de 28 ans elle présenta de nouveau des troubles nerveux à la suite de surmenages de toute espèce. Ces troubles différaient en partie des précédents et avaient beaucoup moins nettement le caractère de phénomènes hystériques. Comme je l'ai observé fréquemment, ces malades dont la tension psychologique est fragile débutent par des accidents hystériques quand ils sont très jeunes et ont plus tard des accidents dont la forme est plutôt psychasténique. Irène n'avait plus que tout à fait exceptionnellement des attaques délirantes, mais elle était de nouveau complètement incapable de tout travail, elle avait des crises d'indécision et de doute qu'il est inutile d'étudier ici. Elle vint réclamer le même traitement qui l'avait relevée plusieurs années auparavant et j'ai constaté que l'on pouvait obte-

nir le même somnambulisme complet avec les mêmes conséquences. Deux faits seulement méritent d'être signalés ; en premier lieu, plus nettement encore que la première fois j'observai que cet état ne pouvait être obtenu quand la malade était trop épuisée. Au moment des règles qui chez elle étaient souvent hémorragiques, après plusieurs nuits d'insomnie, après un voyage fatigant, quand la malade était restée plusieurs jours sans manger, il était impossible de lui faire faire les efforts nécessaires et la transformation ne s'opérait pas. Ou bien si on l'obtenait d'une manière imparfaite, l'état alerte d'ailleurs peu net ne se maintenait que quelques heures et les troubles réapparaissaient très vite. M. Sollier a fait autrefois la même constatation quand il essayait de « réveiller les centres » de ses malades et je suis heureux de me trouver d'accord avec lui sur un point d'observation clinique.

Un second point est à relever dans mes dernières observations sur les somnambulismes complets d'Irène : les phénomènes de transition au moment de la rechute avaient changé de caractère. Autrefois, comme on l'a vu, le passage de l'état alerte à l'état de dépression se faisait au travers d'une grande attaque hystérique, plus tard au même moment il y avait souvent une grande crise de pleurs pendant plusieurs heures qui paraissait une crise hystérique atténuée ; au cours du second traitement les attaques hystériques ne se produisirent plus dans les mêmes circonstances, mais j'observai qu'un autre phénomène jouait un rôle analogue. Quand Irène avait été remontée, remise dans un état actif, elle restait quelques jours dans cet état avec un vif sentiment de satisfaction, puis elle se plaignait de malaises et d'agitations et elle avait bientôt une violente migraine, migraine tout à fait typique, d'une durée prolongée de 24 ou 48 heures avec les douleurs commençant autour d'un œil, le plus souvent le droit, s'étendant à une moitié du crâne, avec incapacité de supporter les attouchements sur la tête, les secousses, la lumière du jour, avec les troubles digestifs, les vomissements, etc... Après cette migrains la malade se trouvait soulagée de ses malaises et de ses agitations, mais elle était de nouveau impuissante à agir, hésitante, inerte, en un mot elle était sortie de l'état alerte déterminé par l'aesthésiogénie. Cette migraine était si bien en rapport avec le somnambulisme complet précédent que pendant certaines périodes on pouvait la provoquer en quelque sorte expérimentalement. Si la

séance d'aesthésiogénie avait lieu le dimanche, la malade avait la migraine le mercredi ou le jeudi suivant ; il est rare de constater cette production de la migraine en quelque sorte à heure dite.

J'ai observé le même phénomène chez d'autres malades en particulier chez Mab., f. 35. Il s'agissait encore d'une dépression de toute l'activité déterminée surtout par les émotions de la guerre et le départ du mari sur le front, avec phénomènes de localisation hystérique, inertie, mauvaise humeur, insomnie ou délire somnambulique, anorexie, vomissements, contracture du bras droit et surtout troubles visuels hystériques. Après une séance d'aesthésiogénie portant surtout sur la vision, la malade retrouvait pour un jour son état normal, mais une crise de forte migraine survenait, à la suite de laquelle elle retombait dans l'état précédent.

Toutes ces observations sont du même genre et me paraissent constituer un groupe assez naturel. Depuis les crises somnambuliques des magnétiseurs, jusqu'aux diverses aesthésiogénies des métallothérapeutes, aux somnambulismes complets que j'ai étudiés aux transformations déterminées par le rappel des souvenirs, nous rencontrons un ensemble de phénomènes toujours du même genre et il me semble juste de leur chercher une interprétation commune.

3. — Les interprétations de l'æsthésiogénie.

Cet historique que nous venons de parcourir nous a donné un enseignement assez net : il nous a montré qu'un grand nombre d'auteurs différents à un siècle de distance les uns des autres, se servant de procédés fort différents sont cependant arrivés à constater un ensemble de faits toujours les mêmes, ce qui nous amène à supposer que ces faits ont quelque réalité et qu'ils sont reliés entre eux par des rapports réels et non tout à fait fortuits. Essayons donc de résumer ces faits en ne prenant que ce qu'il y a de commun dans toutes ces descriptions. Des névropathes présentant des accidents de toutes espèces peuvent être transformés d'une manière assez rapide de manière à perdre tous leurs troubles à la fois et à reprendre plus ou moins complètement leur santé normale. Ces transformations sont obtenues par des procédés en appa-

rence variés, des passes, des applications sur la peau de diverses substances, des courants électriques, des exercices gymnastiques, des ordres et des discours relatifs à la sensibilité et à la mémoire. Ces transformations s'accompagnent de sentiments de confiance et de joie très caractéristiques ; elles sont cependant momentanées et se terminent par une rechute plus ou moins rapide et plus ou moins complète qui fait retomber le sujet dans son état maladif antérieur. Très souvent cette rechute est accompagnée par une amnésie portant sur la période heureuse précédente. Cependant ces transformations peuvent être obtenues de nouveau d'une manière en général plus facile et contribuent au rétablissement complet du malade. Comment faut-il nous représenter cet ensemble de phénomènes ou plutôt par quel lien faut-il essayer de réunir tous ces faits les uns avec les autres. C'est là le problème de l'interprétation des æsthésiogénies que nous avons à discuter maintenant.

Les premiers auteurs ont cru pouvoir relier tous ces faits par la supposition d'une action physique extérieure qui agissait sur l'organisme et dont l'effet qui s'épuisait devait être renouvelé. L'agent extérieur fut d'abord le fluide du magnétiseur, puis le magnétisme de l'aimant, puis de légers courants électriques produits par le contact du métal avec la peau, courants supposés par Burq et adoptés par M. Régnard et M. Pitres. Ces opinions sont aujourd'hui complètement abandonnées, d'abord parce que aucune de ces actions n'a pu être démontrée d'une manière positive, ensuite parce que les adversaires qui rattachaient tous ces faits à des modifications psychologiques ont prouvé jusqu'à l'évidence que l'on pouvait facilement reproduire tous les phénomènes sans faire intervenir aucun de ces agents matériels. C'est là une discussion que fait très bien M. Bernheim tout en apportant beaucoup de modération dans ses conclusions[1]. Pour répondre à ces objections il faudrait reproduire les faits en supprimant à leur tour tous les phénomènes psychologiques possibles. M. Vigouroux semble un moment comprendre le problème. Il conçoit même l'expérience si intéressante du transfert au moyen d'un électro-aimant dont le courant est interrompu par un aide à l'insu du sujet, expérience qui, si elle réussissait régulièrement, apporterait une réponse définitive à l'objection. Cette expérience, qu'il

1. Bernheim, *La suggestion*, 1886, p. 210.

est difficile de bien faire, donne toujours, quand elle est faite avec précaution, des résultats négatifs : je l'ai vérifié plusieurs fois. Comment se fait-il que dans les mains de M. Vigouroux, elle ait donné des résultats positifs ? « L'action æsthésiogénique, dit-il, commence régulièrement au moment où le courant est fermé dans une chambre voisine [1] ». Si l'on songe aux recherches de la commission instituée par la Society for psychical research, « The Reichenbach comittee », aux recherches que j'avais faites moi-même et qui ont toujours donné des résultats différents, on ne peut s'empêcher de supposer que M. Vigouroux n'a pas pris dans ses expériences les précautions morales nécessaires pour que ni le sujet, ni l'opérateur ne fussent avertis du moment où le courant était fermé ou ouvert. C'est ce que reconnaît M. Ladame (de Genève) qui en 1881 raconte avoir fait des expériences analogues [2] : « Mais, ajoute-t-il, nous devons le dire, on ne se préoccupait pas encore de l'influence de la suggestion comme on l'a fait depuis et il peut peut-être rester des doutes sur ces expériences. » Evidemment ces auteurs n'avaient pas encore attaché une importance suffisante aux problèmes psychologiques soulevés par leurs expériences.

Une autre théorie se présente avec des prétentions physiologiques, c'est la théorie de M. Sollier sur le sommeil et le réveil des centres corticaux. Cette théorie n'a même pas la valeur de la théorie précédente, ce n'est pas une explication qui puisse être vraie ou fausse, c'est un simple jeu de mots. Sans doute tous les auteurs qui ont parlé de psychiatrie ont toujours admis que certains phénomènes se passaient dans l'organisme au moment où des phénomènes psychologiques apparaissaient dans la conduite des malades. « Dans l'hystérie, disais-je autrefois, ce n'est pas l'organe extérieur qui est atteint, il est parfaitement intact ; ce sont les centres mêmes qui ne fonctionnent plus ou du moins qui fonctionnent d'une manière anormale [3] » Mais comme ces auteurs n'avaient aucune notion ni anatomique, ni histologique, ni physiologique sur ce qui se passait dans ces centres, ils ne pouvaient faire appel à une chose inconnue pour en expliquer une autre. M. Sollier n'hésite pas, il imagine de transformer le fait psychologique en le traduisant par un terme anatomique ou tout sim

1. R. Vigouroux, *op. cit.*, p. 97.
2. Ladame, *Revue de la Suisse romande*. 15 mai 1881.
3. *Automatisme psychologique*. 1889, p. 97.

plement en l'associant avec un terme anatomique. Ainsi le sommeil et le réveil sont des termes de la langue psychologique qui n'ont de sens qu'appliqués à la conduite d'êtres vivants pris dans leur ensemble : un organe considéré isolément peut être dit immobile, vidé, épuisé, inhibé, ce n'est que par métaphore que l'on peut parler d'un estomac qui dort ou d'un intestin qui se réveille. Cependant M. Sollier parle couramment des centres de l'écorce qui s'endorment et qui se réveillent et il se figure expliquer ainsi quelque chose[1]. Il est malheureusement incontestable qu'il ne peut y avoir aujourd'hui que des théories psychologiques de ces phénomènes complexes. On ne peut les expliquer ou, si on préfère, on ne peut les éclaircir un peu et les simplifier qu'en les rattachant à d'autres phénomènes psychologiques déjà mieux connus.

Autrefois on se contentait de cette réponse vague mais exacte : « il s'agit de phénomènes psychologiques » et on désignait ces phénomènes par des noms quelconques, chaque auteur étant fier d'avoir le sien, imagination, attention expectante, suggestion, etc. Peut-être pouvons-nous exiger aujourd'hui un peu plus, puisque nous avons essayé de préciser un peu le sens de quelques mots. La première question qui se pose est naturellement celle-ci : l'æsthésiogénie n'est-elle qu'un phénomène de suggestion, si on donne au mot suggestion le sens que nous avons admis. Dans l'esprit des sujets, disions-nous, certaines tendances sont éveillées jusqu'au stade de l'idée, soit directement par la parole de celui qui les suggestionne, soit indirectement par son attitude ; elles ne s'arrêtent pas à ce stade de l'idée pour être opposées aux autres idées, pour subir le contrôle et la critique de la réflexion qui existe dans tous les esprits normaux, elles se développent immédiatement en actes et en affirmations c'est-à-dire qu'elles se transforment en volontés et en croyances. La suggestion est une tendance qui aussitôt éveillée au stade de l'idée passe automatiquement à la volonté ou à la croyance sans être soumise à la réflexion et se transforme en impulsion. Pouvons-nous constater des phénomènes de ce genre dans les descriptions précédentes?

Il suffit d'énoncer cette définition pour voir que beaucoup de ces phénomènes en dépendent. Une première remarque doit nous faire

1. Cf. à propos de cette discussion, *Les névroses*, 1909, p. 324.

réfléchir : ces effets æsthésiogéniques existent chez des hystériques et chez des hystériques suggestibles, on ne les décrit guère chez d'autres malades. Bien mieux ils ne sont obtenus que par un petit nombre de personnes, en général uniquement par le médecin qui « a de l'influence » sur le sujet, c'est-à-dire par la personne qui peut d'ordinaire suggestionner ces sujets. Il ne faut pas croire que n'importe qui pourra faire une séance d'œsthésiogénie sur une malade même habituée à de telles pratiques : j'ai raconté ailleurs combien il me fut difficile de me substituer à M. Jules Janet dans le traitement de Marceline. Il fallut plus d'une année pour que le sujet s'habituât à moi et se comportât avec moi à peu près de la même manière qu'avec mon frère.

En second lieu, il nous faut constater que certaines de ces conduites sont en rapport avec certaines époques, certains milieux, certains enseignements. Les sujets de Burq ou de Dumontpallier se transformaient quand ils touchaient de l'or : maintes fois j'ai laissé une montre d'or sur le bras malade d'une hystérique en prétendant avoir besoin de surveiller l'heure et le bras est resté insensible ou paralysé, il en a été de même quand j'ai essayé d'autres métaux et ces mêmes sujets devenaient sensibles quand j'excitais par la parole leur sensibilité ou leur mémoire. L'aimant produisait des effets merveilleux dans le service de Charcot au début de son enseignement et déjà à la fin de l'enseignement de Charcot, dix ans après, dans le même service, il ne produisait plus aucun effet entre mes mains. J'ai fait remarquer que mes propres sujets au Havre présentaient une période assez longue de sommeil profond avant de reprendre leur sensibilité et se réveillaient complètement sensibles sans gradations et sans contorsions. Il est probable, disais-je, qu'il y a là une influence de Léonie, éduquée elle-même par les magnétiseurs. Au contraire tous les sujets de M. Sollier passaient à l'état sensible par de longues gradations, accompagnées de contorsions et de dysesthésies. Il est probable qu'il y a là une influence de Marceline la malade de M. Jules Janet. C'est là ce que je voulais faire comprendre dans ma lettre à M. Ribot en réponse aux protestations de M. Sollier. « Ces choses se passaient à une époque vraiment curieuse de l'histoire de la médecine où les divers observateurs se suggestionnaient les uns les autres à propos de l'hystérie et où souvent les malades d'un établissement étaient dressés plus ou moins consciemment à l'imitation d'un sujet remarquable. Dans

ces conditions et pour se rendre compte de la valeur des observations d'un auteur il n'est pas mauvais de savoir s'il a eu l'occasion de voir auparavant telle ou telle catégorie de faits... Quand M. Sollier a publié en 1897 son livre sur l'hystérie... il est bien probable qu'il avait complètement oublié qu'un camarade lui avait montré en grand détail sept ou huit ans auparavant des faits absolument identiques : cet oubli est bien certain puisque M. Sollier ne fait pas la moindre allusion à ce fait. D'ailleurs, si on lui avait rappelé ce souvenir à ce moment, il l'aurait déclaré insignifiant et n'aurait pu croire que ces études antérieures et ces explications aient pu avoir la moindre influence sur ses propres observations ni surtout sur les symptômes présentés par ses malades. Mais ceux qui recherchent aujourd'hui la filiation des idées, qui rattachent les unes aux autres les diverses études sur l'hystérie et les diverses formes que cette maladie a présentées dans tel ou tel service, ne seront peut-être pas tout à fait de cet avis[1].»

Il en est de même quand nous observons chez tous les sujets d'un même auteur des manifestations en rapport avec les idées de cet auteur qui n'existent pas chez d'autres sujets. M. Sollier préoccupé de traduire toutes les idées des auteurs précédents dans un langage anatomique est convaincu du grand rôle que jouent les centres corticaux du cerveau dans ces transformations et voici que tous ses sujets présentent des anesthésies, des douleurs, des sensations spéciales localisées au-dessus de ces centres et qu'ils guérissent quand on excite ces régions crâniennes. Sauf peut-être quelques personnes directement rattachées à l'enseignement de M. Sollier aucun observateur étranger n'a jamais constaté rien de semblable. Je voyais encore ces jours-ci un pauvre soldat qui à la suite des émotions terribles du combat a présenté de l'amnésie rétrograde et une hémiplégie droite complète avec grande hémianesthésie droite. Je lui ai demandé s'il souffrait de la tête : « oui, m'a-t-il répondu, dans toute la tête, mais surtout du côté droit, mon côté malade ». Au cours des essais d'æsthésiogénie qui ont donné quelques résultats incomplets en diminuant seulement son hémianesthésie, il se plaint « de souffrir encore plus de la tête, parce qu'on le force à faire attention, cela le fatigue surtout du côté droit de la tête ». Je pourrais citer cent exemples

1. *Revue philosophique*, 1910, I, p. 550.

de ce genre dans lesquels les localisations de la douleur cérébrale sont vagues ou ne présentent aucun rapport avec les centres corticaux. Pour être exact, je dois dire que j'ai observé quelquefois une douleur vaguement occipitale dans les troubles névropathiques de la vision. Mais d'abord cette localisation est loin d'être constante et quand elle existe je suis disposé à la rattacher à des sensations pénibles en rapport avec les muscles occipitaux. Les muscles de la nuque jouent un grand rôle dans la vision et contribuent à la direction du regard, ils sont épuisés et endoloris dans l'asthénopie comme les muscles des yeux eux-mêmes. J'ai déjà insisté autrefois sur le danger de localiser ces sensations de la tête par des suggestions involontaires[1]. Braid autrefois dans ses expériences de phréno-hypnotisme excitait la bosse de l'acquisivité et le sujet dérobait à un des spectateurs une tabatière d'argent; puis on transférait l'excitation à la bosse de la consciencìosité et « rien n'était plus frappant que l'air de contrition avec lequel le patient rendait l'objet ». Le temps a marché et maintenant l'excitation des mêmes régions fait parler les sujets ou les fait digérer. Le pauvre hypnotisme semble prédestiné à certaines erreurs toujours les mêmes.

Il en est probablement de même pour les amnésies rétrogrades et les régressions de la personnalité présentées régulièrement par les mêmes sujets au cours de l'æsthésiogénie. Les autres auteurs qui ne croyaient pas à ce phénomène ne l'ont pas retrouvé. Une fois j'ai cru observer quelque chose de semblable : Irène qui venait de se retrouver dans l'état alerte, répétait , « Je me sens forte, je me sens plus jeune, c'est comme dans mon enfance », et elle se mit à parler d'une foule de souvenirs d'enfance dont elle ne parlait jamais d'ordinaire, elle retrouva même un patois qu'elle avait oublié depuis longtemps. Il y a là probablement une simple association d'idées et il était facile de constater que la mémoire des événements récents n'était pas altérée. En général les sujets qui deviennent plus sensibles ont une mémoire plus étendue et non une amnésie rétrograde.

On peut encore vérifier ce rôle de la suggestion involontaire en constatant que les phénomènes changent chez le même sujet qnand il passe entre les mains d'un autre médecin. J'ai raconté comment en prenant la direction de Marceline j'ai essayé de ré-

1. Amnésie continue, 1892, *Névroses et idées fixes*, 1898, I, p. 147.

duire le rôle de la suggestion : j'ai supprimé complètement tout ce qui donnait à la séance d'æsthésiogénie l'apparence d'une séance d'hypnotisme et j'ai cessé d'employer les mots « endormir et réveiller » pour désigner les états que traversait le sujet. Après un temps assez long, après plusieurs années le sujet présenta des modifications. Les amnésies rétrogrades qu'il présentait quand il retombait dans son état maladif, à la suite de fatigues ou d'émotions, furent moins régulières et s'étendirent simplement sur une période plus ou moins longue en arrière sans se localiser nettement comme cela avait lieu autrefois sur les périodes d'état alerte.

En un mot il ne suffit pas de déclarer fièrement : « Je me suis écarté avec soin de la suggestion, qui, déplorable au point de vue thérapeutique, est le plus détestable des procédés en psychologie expérimentale. » Binet critiquait déjà ce langage de M. Sollier[1] en faisant le compte rendu de ce livre. Il est évident qu'on ne supprime pas la suggestion comme on veut, quand on fréquente des individus suggestibles. Je suis disposé à rendre de plus en plus justice à l'œuvre de M. Bernheim et à reconnaître une part considérable de suggestion dans les phénomènes de l'æsthésiogénie.

L'interprétation devient beaucoup plus difficile quand il s'agit de dépasser ce point. Faut-il aller jusqu'à dire que dans les phénomènes æsthésiogéniques tout est suggestion ? Cette affirmation n'aurait rien d'inintelligible : nous avons déjà vu des suggestions rétablir la sensibilité et le mouvement, il peut en être de même dans le cas présent. Il suffirait alors de rattacher toutes les méthodes précédentes au groupe des thérapeutiques par la mise en jeu de l'automatisme psychologique et d'admettre qu'elles ont simplement les avantages et les inconvénients des thérapeutiques par la suggestion. J'hésite à accepter cette solution simple : comme je le disais déjà en 1889, j'ai l'impression peut-être illusoire qu'il y a dans les somnambulismes complets quelque chose de plus que dans la suggestion. C'est cette impression qu'il faut essayer d'analyser avant de se faire une opinion sur ce problème.

La première observation qui se présente c'est que les phéno-

1. Binet, *Année psychologique*, 1898, p. 670.

mènes du somnambulisme complet sont bien complexes à propos d'une suggestion qui semblait simple. Dans les suggestions, disions-nous, une tendance est éveillée sous forme d'idée et les actes développent, réalisent ce qui était contenu dans cette tendance. Nous commandons au sujet de se mouvoir, de sentir quand on le touche, de se souvenir, et il se comporte en conséquence. C'est là ce qu'on observe dans des suggestions simples portant sur le mouvement, sur la sensibilité et sur la mémoire, c'est même ce que l'on peut observer très facilement sur les mêmes sujets dont nous venons de parler. Il y a des périodes où ils sont fortement suggestibles et si je leur répète à ce moment de retrouver leur sensibilité ou leur mémoire, ils se bornent à crier quand on les pince ou à répondre aux questions correctement. Ce qui est intéressant et singulier c'est que dans d'autres cas les mêmes sujets se comportent différemment quand on leur fait la même suggestion. Dans ces cas ces mêmes ordres sont exécutés beaucoup plus lentement, leur exécution est environnée d'autres phénomènes inattendus, par des gesticulations et des gémissements chez Marceline, par des périodes de sommeil chez Irène, puis par des sentiments d'euphorie, des fatigues et même des vomissements chez Irène ; elle amène à sa suite des changements de l'alimentation, de la miction, du sommeil, elle paraît augmenter l'activité, supprimer la disposition aux suggestions et surtout déterminer un changement total de la conduite : n'y a-t-il pas là quelque chose qui dépasse l'idée primitive et la tendance à sentir et à se mouvoir ?

En apparence oui, mais les partisans de la suggestion pourraient fort bien répondre. Cet argument, diraient-ils, est identique à celui dont se servaient autrefois les métallothérapeutes et les disciples de Charcot. M. Vigouroux disait autrefois que le transfert ne pouvait pas être un phénomène de suggestion parce que le sujet ne pouvait pas avoir en tête la loi de Landolt sur l'ordre de la disparition des couleurs quand le champ visuel se rétrécit. Les disciples de Charcot n'admettaient pas que Wittm. pût savoir par cœur les attitudes déterminées par l'excitation des divers nerfs de la main, tout cela leur paraissait trop complexe pour faire partie d'une suggestion. Or nous savons maintenant que cela est inexact : un sujet qui habite un hôpital où l'on parle sans cesse de ces choses peut très bien savoir mieux que les étudiants l'ordre des couleurs de Landolt et il n'a pas besoin d'être

un génie pour posséder la griffe cubitale, la griffe médiane et la griffe radiale. Une suggestion peut être très complexe et par un seul signe qui éveille une tendance fort riche amener toutes sortes de réactions. N'avons-nous pas admis les suggestions complexes avec des changements de personnalité et des séries de comédies fort compliquées ? Il suffit donc d'admettre dans les observations précédentes que les sujets ont compris la suggestion d'être sensibles d'une autre manière dans le second cas que dans le premier. Ils savaient que dans l'esprit de leur médecin le retour de la sensibilité impliquait un certain nombre de grimaces et à la suite la disparition de tous les troubles et le retour à une bonne santé : ils ont réalisé la suggestion comme ils l'ont comprise, voilà tout.

On pourrait ergoter sur cette manière de pousser à l'infini la complexité des suggestions, une comédie jouée par le sujet n'est jamais aussi complète que la bonne santé et c'est vraiment demander beaucoup à l'automatisme que de lui faire réaliser l'idée de santé et de bonheur. S'il en était ainsi la pratique de la suggestion serait évidemment bien simplifiée. Mais je n'insiste pas parce que je crois que la question se pose autrement Laissons de coté « les réactions liées au réveil de la sensibilité » et même les sentiments d'euphorie, quoique ceux-ci me paraissent très importants, il peut y avoir là des phénomènes de suggestion complexe. Après ces phénomènes de début il y a dans le somnambulisme complet un changement considérable de la conduite tout entière qui me semble caractéristique.

Ce qui m'étonne dans ce changement de conduite, ce n'est pas la complication de l'automatisme, c'est la diminution de l'automatisme et le développement de l'activité d'adaptation nouvelle. Les malades, comme je l'ai dit, deviennent moins suggestibles et il est déjà singulier que la suggestion rende moins suggestible et en outre l'activité pratique des sujets se transforme. Que l'on me permette de revenir à ce propos sur l'observation d'Irène que j'ai publiée[1] : Cette jeune fille toujours névropathe, triste, inquiète, mécontente d'elle-même avait constamment le sentiment que ses émotions comme ses actions restaient incomplètes et insuffisantes, elle avait « constamment la tête comme remplie d'affaires qu'on

1. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion, *Journal de psychologie normale et pathologique*, septembre 1904 ; *État mental des hystériques*, 2e édition, 1911, p. 532.

n'arrive pas à finir.. » Très intelligente et très travailleuse, elle était cependant incapable de rien faire quand elle se trouvait en présence de quelques personnes. Timide au point de ne pouvoir manger devant quelqu'un, elle souhaitait de n'avoir jamais besoin de personne, de pouvoir vivre toute seule dans un coin... Tous les troubles de l'action avaient énormément augmenté au début de la maladie et j'ai longuement insisté pour montrer que le trouble essentiel sous jacent aux crises délirantes et aux amnésies était une suppression complète de l'action. Cette malade ne pouvait plus faire aucun travail ni même se décider à rien : « Vous me demandez pourquoi je ne fais rien depuis longtemps, je ne le sais pas, je ne m'intéresse plus à rien... je n'aime plus personne, je m'ennuie et c'est tout. » L'aboulie sociale était devenue si complète qu'elle ne pouvait parler à personne sans se mettre en colère. J'ai surtout insisté sur une suppression des actions adaptées à la situation créée par la mort de sa mère et j'ai même soutenu à ce propos que l'amnésie de la mort de sa mère était en fonction de cette aboulie systématique.

Eh bien, dans l'état que j'ai appelé somnambulisme complet et qui se développait chez elle au début à la suite de suggestions de souvenir, c'est le changement de l'activité qui était le plus manifeste : « La conduite, disais-je[1], a complètement changé, Irène redevient active et pratique. Elle travaille, elle reprend son métier sans ennui et même avec intérêt ; elle est capable de combiner ce qui lui est nécessaire et d'organiser sa vie tandis que dans l'état précédent elle restait indéfiniment inerte. Un autre changement en apparence assez singulier a été remarqué par toutes personnes qui l'approchent, c'est qu'elle devient sociable ; elle peut maintenant rester avec d'autres personnes sans avoir ces accès de peur ou de colère qui survenaient à tout moment et qui l'empêchaient de frayer avec personne. L'aboulie sociale si caractéristique de cette jeune fille tend à disparaître dans ces moments où le niveau mental est relevé. Enfin, ce que nous avons appelé la conduite spéciale, celle qui est particulièrement en rapport avec la mort de sa mère devient aussi beaucoup plus correcte : ... elle sait prendre les résolutions pratiques, choisir une chambre pour elle seule, établir son petit budget, en un mot elle n'attend plus la direction de sa mère comme elle le faisait

1. *Op. cit.*, p. 536.

auparavant. » Les mêmes études seraient à faire encore plus longuement à propos de l'observation de Marceline. Il faudrait rappeler toutes mes remarques sur son activité pratique et sociale pendant la période de somnambulisme complet déterminé chez elle par des pratiques æsthésiogéniques : je ne puis que renvoyer à la longue observation de cette malade[1].

Il me semble que ce sont là des phénomènes très importants : il ne s'agit plus du développement d'un automatisme si complexe qu'on le suppose. Il s'agit d'actes nouveaux, non prévus, d'adaptations et de synthèses nouvelles dont le sujet devient de plus en plus capable à mesure que d'autre part il devient moins suggestible. Peut-on dire encore que tout cela se fait par suggestion ? Ce n'est possible, à mon avis, que si l'on donne au mot « suggestion » un sens très large englobant tous les phénomènes psychologiques possibles. Cela est inadmissible si on entend le mot ainsi que je l'ai proposé dans le sens précis de développement d'un automatisme préexistant.

A un autre point de vue l'interprétation des faits par la suggestion rencontre également d'autres difficultés, si on examine la façon dont ces transformations s'opèrent chez le sujet. La suggestion telle que nous l'avons entendue, précisément parce qu'elle est un automatisme, se réalise d'une façon mécanique, régulière, sans intervention du reste de la personnalité, avec une disposition marquée à l'amnésie et à la subconscience. Ici, au contraire, nous voyons l'effort du sujet, le travail qu'il fait pour exécuter sa tâche. Sans doute le mot « effort » est encore un terme très vague sur lequel il y a beaucoup de malentendus. Certains efforts sont des manières particulières d'exécuter les mouvements qui peuvent parfaitement être systématisées, donner naissance à des tendances et se produire à la suite de suggestions. Mais ici ce ne sont pas des efforts de mouvements, ce sont des efforts d'adaptation, des recherches d'actions utiles et surtout des recherches personnelles. Jamais je n'ai vu les phénomènes d'æsthésiogénie prendre la forme subconsciente si fréquente quand il s'agit de suggestions.

Enfin les circonstances dans lesquelles on obtient ces phénomènes me semblent encore présenter quelque chose de particulier qui les distingue de la suggestion. Celle-ci se présente dans des

1. Une Félida artificielle, *État mental des hystériques*, 2e édition, 1911, p. 573.

états d'affaiblissement et souvent d'abrutissement du sujet. On obtient les catalepsies, les mouvements automatiques même dans les crises, les sommeils profonds. Un caractère curieux de l'æsthésiogénie, c'est qu'elle ne peut pas avoir son effet quand le sujet est trop affaibli. Les magnétiseurs et les métallothérapeutes l'avaient déjà remarqué : « Quand elle est trop fatiguée ou sous le coup d'une attaque récente ou imminente, ces effets font absolument défaut[1]. » J'avais insisté autrefois sur ce fait à propos de mes premières observations. Je viens encore de me convaincre de la réalité de ce phénomène en suivant l'observation d'Irène : comme je viens de le remarquer on ne peut pas obtenir chez elle le somnambulisme complet pendant ses règles, ni quand elle a veillé la nuit précédente pour travailler ou quand elle revient d'un voyage pénible. Récemment elle a présenté des troubles graves à l'occasion des émotions et des fatigues déterminées par la guerre. Elle a eu des hémorragies utérines interminables, des vomissements incoercibles pendant des semaines. Elle a eu de nouveau des délires et elle est de nouveau devenue incapable de tout travail et même de toute action. Elle est venue elle-même demander que je l'endorme et que je lui fasse le traitement qui lui réussissait toujours. Elle était donc dans les meilleures conditions de confiance qui facilitent la suggestion et de fait elle s'est montrée immédiatement hypnotisable et suggestible. Mais il a été impossible de provoquer le somnambulisme complet. Les tentatives amenaient simplement des gémissements, des migraines et des contorsions variées. Il n'y avait après la séance ni la fatigue, ni les vomissements d'autrefois, ni les sentiments de bien-être, ni surtout la transformation caractéristique de l'activité. C'est quand elle a été un peu rétablie après quelques semaines de repos et quelques suggestions proprement dites qui ont préparé le terrain qu'elle a pu présenter un état de somnambulisme complet typique qui au début n'a pas pu durer longtemps et qui a rapidement disparu après une migraine, puis qui s'est prolongé plusieurs jours comme autrefois. Il s'agit donc là d'un phénomène qui demande une dépense de forces et qui n'est pas possible chez des sujets trop épuisés, c'est là un caractère important sur lequel j'aurai à revenir. Il n'en est pas moins vrai que cela distingue l'æsthésiogénie de la suggestion

1. Vigouroux, *op. cit.*, p. 565.

qui ne demande pas cette dépense de forces et qui existe surtout chez des sujets affaiblis.

Il y a lieu de signaler aussi la terminaison de cet état alerte : en premier lieu, comme on vient de le voir, il ne dure que peu de temps, surtout quand le sujet est très malade, sa durée est proportionnelle à la force que le sujet présente. Une suggestion thérapeutique n'est pas limitée de cette manière, nous ne suggérons pas au malade de retomber régulièrement après un certain temps, mais au contraire nous lui suggérons toujours de rester guéri. En second lieu, la chute s'opère très souvent au travers d'une attaque convulsive ou d'une migraine ou de quelque phénomène analogue qui joue le rôle d'une décharge et d'une détente : la fin des suggestions ne présente rien de tel. Quand j'ai fait des expériences sur la durée des suggestions, j'ai toujours eu de la peine à constater le moment où une suggestion cessait d'être exécutée, était complètement oubliée et je n'ai jamais noté cette chute brusque caractérisée par des troubles particuliers.

Je crois donc que l'on peut conclure sur ces rapports de la suggestion et de l'æsthésiogénie. La suggestion joue ici un rôle énorme, c'est évident. Elle détermine la forme que prend la transformation dans ses débuts, je crois même qu'elle détermine le début de la transformation, qu'elle la déclanche en quelque sorte. C'est parce qu'il s'agit d'hystériques suggestibles que l'on peut les faire commencer ce travail à propos de certains signes ou de certains commandements particuliers. Mais la suggestion porte ici sur un acte spécial ayant des caractères qui lui sont propres. C'est une suggestion d'un genre tout particulier et il me semble nécessaire de la distinguer des autres.

Il n'y a pas lieu de rapprocher l'æsthésiogénie des traitements par le repos et par l'économie des forces, car il s'agit évidemment plutôt d'un travail et d'une dépense. Il semble même que ce soit dans bien des cas un travail assez considérable : « C'est terrible, me dit Irène, ce travail qui se fait en moi quand vous m'avez endormie, je suis éreintée et cette fatigue dure pendant trois jours ; j'ai une impression extraordinaire d'avoir maigri tout à coup, je diminue, je rétrécis... » C'est pour cela que ce traitement, comme on l'a vu, est tout à fait inapplicable à des sujets trop épuisés. Nous pouvons comparer ces traitements non à des économies mais à des dépenses spéculatives qui sont au début

des pertes mais qui rapporteront plus tard des bénéfices disproportionnés. On ne peut pas conseiller de tels placements à des personnes absolument ruinées qui ne peuvent fournir la première mise de fonds. Il faut d'abord leur faire acquérir par l'économie un petit capital et ne le risquer ensuite qu'avec prudence.

Un problème plus délicat est soulevé par la comparaison de l'æsthésiogénie et des liquidations morales surtout si on songe à l'observation d'Irène que nous avons déjà étudiée dans un chapitre précédent. Chez cette malade les attaques délirantes qui reproduisaient les scènes de la mort de sa mère ont disparu après le rétablissement des souvenirs et nous avons considéré la guérison de ce symptôme comme la conséquence de la liquidation d'un événement auquel le sujet se serait définitivement adapté. Mais en faisant cette étude nous avons fait allusion aux difficultés de ce rétablissement des souvenirs et de cette liquidation, de tout ce changement de conduite. La liquidation elle-même loin de l'expliquer complètement nous en paraissait la conséquence. D'ailleurs les autres malades chez qui nous avons constaté des phénomènes d'æsthésiogénie ne nous ont rien présenté d'analogue à la liquidation d'une réminiscence. Je serai disposé à penser que la liquidation d'un événement passé nous présente un cas particulier de ces travaux, de ces efforts d'attention qui jouent le rôle principal dans l'æsthésiogénie, loin d'expliquer l'æsthésiogénie la liquidation morale s'y rattache et nous offre le même problème.

Il est plus juste de rapprocher l'æsthésiogénie de l'éducation car elle contient évidemment une part d'éducation, comme elle contenait une part de suggestion ; mais cette étude peut être faite rapidement car les réflexions sont identiques à celles que nous venons de faire à propos de la suggestion elle-même. Il est évident que les sujets se dressent à l'emploi de ce procédé thérapeutique et qu'ils l'utilisent au bout d'un certain temps beaucoup plus facilement. Quand les séances de ce genre ont été interrompues pendant longtemps chez un sujet, elles sont ensuite beaucoup plus difficiles à recommencer et à mettre en train. L'æsthésiogénie prend chez certains sujets l'allure d'une véritable éducation de la sensibilité : on peut le voir par cette description du traitement de Marceline.

« Le traitement consistait à constater quelles étaient les sensations en rapport avec la fonction altérée qui étaient diminuées

ou complètement supprimées. Puis il fallait chercher à les faire réapparaître, c'est-à-dire forcer le sujet à en reprendre conscience. Par exemple si une jambe était paralysée ou contracturée, il fallait examiner les sensations cutanées, musculaires ou articulaires du membre inférieur, constater la forme et le degré de l'engourdissement, déterminer sur ce membre toutes espèces d'impressions en le pinçant, en le piquant, en l'électrisant, surtout en le mobilisant, en le massant. Après chaque excitation il fallait demander à Marceline ce qu'elle avait senti, la forcer à faire grande attention, l'encourager par tous les moyens, lui faire distinguer telle sensation d'une autre, la gronder quand elle se trompait et la faire recommencer vingt fois. Il fallait surtout lui ordonner de mouvoir son membre, la faire recommencer le mouvement de mille manières, lui faire faire avec application toutes sortes d'exercices de gymnastique analogues à la gymnastique suédoise et surtout la forcer à bien sentir les mouvements qu'elle faisait. Quand elle ne pouvait plus manger, il fallait faire le même travail pour la bouche, pour les lèvres, pour le pharynx et passer beaucoup de temps à lui apprendre à distinguer le goût du sucre du goût du sel, quand on plaçait sur sa langue l'un ou l'autre à son insu. Il fallait la forcer à sentir l'attouchement du pharynx et lui apprendre à prêter assez d'attention à cette impression désagréable pour récupérer le réflexe pharyngien. De la même façon il fallait lui rapprendre à respirer, à remuer le ventre, à sentir les mouvements de son ventre, l'exercer à rire, ou à bâiller, etc., à avaler en sentant bien chaque temps de la déglutition et en se rendant bien compte si la bouchée d'aliments était bien tombée dans l'estomac[1]. »

Le rétablissement des souvenirs d'Irène était également très long et très difficile : après lui avoir fait construire le récit de l'agonie de sa mère et de sa propre conduite pendant cette nuit, il fallut exercer la malade à le raconter correctement dans diverses circonstances, à le rendre indépendant des attitudes de perception. Au début il était impossible de lui faire faire correctement ce récit sans qu'elle retombât dans ses crises et ses hallucinations, c'est-à-dire sans qu'elle associât avec lui les attitudes de perception. L'association des idées dont on a tant abusé dans les traités de psychologie n'est, à mon avis, qu'une maladie de

1. Op. cit., *État mental des hystériques*, 2e édit., 1911, p. 611.

la mémoire. Peu à peu je suis arrivé à lui faire raconter l'histoire avec un chagrin calme, c'est-à-dire avec l'attitude du récit, puis à ordonner, à classer tous ces récits. On peut considérer tous ces exercices comme de véritables éducations.

Cependant, si on se souvient des descriptions précédentes, on remarquera aisément que l'æsthésiogénie dépasse l'éducation pure et simple telle que nous l'avons définie. Marceline évidemment a fait quelque chose de plus que d'apprendre à sentir le contact sur sa peau quand elle sort de la séance en écrivant : « Je suis si contente sans savoir pourquoi, je sors dans la rue pour voir des gens contents, car il me semble que tout le monde est heureux comme moi. » J'ai appris à Irène à réciter certains souvenirs, comment se fait-il que cette récitation supprime ses crises de nerfs, ses délires et lui permette de travailler. C'est la même discussion qui vient d'être faite à propos de la suggestion, elle nous amène à la même conclusion, c'est qu'il y a dans l'æsthésiogénie une extension du travail psychologique au delà de la fonction qui a été soumise à l'éducation. Une autre remarque me semble plus importante encore : ce qui caractérise ces malades, comme le disait justement M. Deschamps, c'est qu'ils ne sont pas susceptibles d'éducation et qu'ils répètent la même leçon indéfiniment sans avancer. L'æsthésiogénie semble justement avoir pour effet de les rendre susceptibles d'éducation et de leur permettre les progrès : il y a évidemment dans ce procédé quelque chose de particulier qui dépasse l'éducation.

4. — L'æsthésiogénie et l'excitation.

Les phénomènes que déterminent les pratiques de l'æsthésiogénie me paraissent pouvoir être classés parmi les oscillations du niveau mental, parmi les variations de la tension psychologique.

L'état fondamental du névropathe est un état de dépression avec abaissement du degré d'activation auquel peuvent être portées les tendances les plus élevées. Il y a chez eux abaissement de la tension psychologique au-dessous du niveau qui leur était habituel et qui était nécessaire pour permettre les adaptations à leur genre de vie. Cette dépression se complique ou non d'agitation suivant que l'abaissement laisse intacte ou diminue également la quantité des forces disponibles.

L'état dans lequel se trouve le sujet avant les pratiques d'æsthésiogénie, l'état dans lequel il retombe quand ces pratiques ont épuisé leur effet est toujours un état plus ou moins accusé de cette dépression fondamentale. « L'attitude extérieure, disais-je à ce propos, était déjà caractéristique ; on devinait son état quand on voyait Marceline avancer à petits pas incertains, le dos voûté, les yeux fichés à terre, quand elle vous parlait lentement d'une voix sans timbre, sans vouloir vous regarder, avec son air étrange d'absorption et de rêverie ». Elle continuait à peu près son travail, mais d'une manière toute mécanique, sans avoir de goût à rien. Elle ne parlait pas et ne semblait pas comprendre ce qu'on lui disait ; elle ne voulait voir personne et avait des crises terribles d'intimidation dès que quelqu'un s'approchait d'elle. D'ailleurs l'émotivité était invraisemblable et le plus petit incident qui exigeait un effort d'adaptation, donnait naissance à des secousses convulsives, à des tics, à des contractures, à des idées fixes et à des délires. Ajoutons un sentiment perpétuel de malaise profond, de mécontentement, de honte de soi, de tristesse et d'ennui. Sans doute des symptômes proprement hystériques s'ajoutaient dans ce cas au tableau pathologique et donnaient naissance au rétrécissement du champ de la conscience, à la suggestibilité, aux anesthésies, aux amnésies, etc. Mais les phénomènes précédents restaient fondamentaux et on les retrouve chez tous ces malades.

L'état qui est déterminé par l'æsthésiogénie, état qui a été souvent désigné sous le nom de « l'état alerte » et qui dans certains cas constitue le somnambulisme complet n'est pas uniquement caractérisé par la guérison des symptômes hystériques, paralysies, amnésies, etc., mais il nous présente tout un changement de conduite qui a précisément les caractères inverses de la dépression. Reprenons comme type le résumé de l'observation de Marceline. Dans cet état son attitude change complètement, le corps s'est redressé, la marche est plus rapide, la malade consent à regarder les gens auxquels elle parle et paraît être redescendue des nuages. Elle regarde de tous côtés, car les objets l'intéressent au plus haut point ; ils ont des couleurs vives et une netteté qu'elle n'avait pas encore remarquée « il lui semble que ses yeux et ses oreilles se débouchent ». Elle est devenue active et s'intéresse à de petits travaux qui s'ajoutent à son labeur obligatoire. Elle est plus gaie et plus ouverte, consent à voir

quelques personnes et accepte même des invitations, ce qui étonne tout le monde. Quoiqu'elle paraisse avoir plus de sentiments, elle ne s'émotionne plus à tort et à travers et elle paraît plus calme. D'ailleurs la malade se rend compte du changement et éprouve de tout autres sentiments que précédemment : « Il me semble que je vis réellement, que c'est une existence nouvelle et que je n'ai pas peur de l'affronter. Je suis plus tranquille, je laisse tout aller comme cela veut et les ennuis ne me touchent pas... Je me suis déjà tirée de bien bas, je vais réparer une mauvaise impression s'il y en a eu une et avec un peu d'aide je pourrai certainement continuer à travailler et conserver ma place. »

Ces modifications de l'activité peuvent être résumées par un mot qui s'oppose au mot dépression, le mot « *excitation* ». Il ne faut pas confondre l'excitation avec l'agitation comme on le fait souvent. C'est pourquoi après avoir essayé de définir tout à l'heure l'agitation, je dois préciser au moins conventionnellement le sens du mot « excitation ». L'excitation consiste essentiellement en une élévation rapide de la tension psychologique au-dessus du degré qui est resté le même pendant un certain temps. Cette élévation doit évidemment se présenter de deux manières différentes : ou bien il s'agit d'une élévation réelle au-dessus de ce niveau moyen qui caractérise les esprits considérés comme normaux. Cette excitation doit correspondre alors aux phénomènes que l'on désigne sous le nom de joie, d'enthousiasme, d'inspiration, d'extase, elle doit jouer un rôle dans les œuvres du génie, dans les inventions et dans le progrès de la pensée, mais elle est peu connue et ne joue guère de rôle dans ces études de thérapeutique. Une autre excitation a été plus étudiée, c'est celle qui se présente chez des malades et qui relève simplement la tension préalablement abaissée jusqu'au niveau moyen considéré comme normal.

L'excitation ainsi entendue contient des phénomènes inverses de ceux qui ont été observés dans la dépression, c'est-à-dire des phénomènes d'adaptation et de calme. Les tendances les plus élevées qui ne pouvaient plus s'activer parviennent facilement à l'acte complet et même se précisent et se développent. C'est à ce moment que se fondent les souvenirs nouveaux et les habitudes nouvelles qui sont le point de départ de nouvelles tendances. En même temps l'agitation disparaît parce que le rapport entre la tension et la

quantité des forces psychologiques est devenu plus normal et qu'il y a de nouveau drainage et récupération des forces. L'émotivité est diminuée ; les actions même compliquées et rapides sont faites avec calme, c'est-à-dire sans être accompagnées de ces autres conduites inférieures, exagérées et inutiles, qui constituaient l'agitation. Les mouvements convulsifs, les tics, les angoisses ont disparu ainsi que les ruminations de la pensée intérieure ; chose curieuse, le sujet qui en réalité vit plus et se trouve à un niveau psychologique plus élevé, semble penser moins. Loin d'être des faits psychologiques essentiels la pensée et la conscience grandissent chez le malade et diminuent chez l'individu bien portant.

De même que nous l'avons observé dans la dépression, ces changements sont accompagnés de phénomènes secondaires qui sont des réactions internes à ces modifications de la conduite. Les obsessions, les délires, les sentiments d'incomplétude se transforment en d'autres attitudes et d'autres sentiments se développent à leur place ; ce sont les sentiments qui se rattachent à la joie, à l'intérêt, à la confiance, à l'indépendance et suivant les caractères des troubles antérieurs ces sentiments présentent des variétés particulières. Ce sont, en effet, ces modifications de la tension psychologique qui permettent l'apparition des activations supérieures et du triomphe et qui donnent naissance aux sentiments de joie et de bonheur si caractéristiques chez tous les sujets qui entrent dans l'état alerte ; la suggestion et le dressage peuvent évidemment modifier l'expression et la régularité de ces sentiments, mais je ne puis m'empêcher de croire qu'ils correspondent à un changement réel dans le sens d'une vitalité plus grande. Il est intéressant pour le psychologue de remarquer qu'à ce moment le sujet n'éprouve guère de plaisirs proprement dits et qu'il a plutôt des sensations très pénibles de fatigue et même de véritables douleurs, bien plus que dans la période de dépression. Ce qui ne l'empêche pas d'éprouver une joie profonde ; il ne faut pas trop vite rapprocher la joie du plaisir et de l'absence de douleurs, il s'agit de toute autre chose.

Malheureusement ces sujets affaiblis ne peuvent d'ordinaire surtout au début, supporter longtemps cette forme d'existence supérieure. Ils retombent plus ou moins rapidement dans la dépression. Le moment de la rechute n'est guère appréciable

quand elle se fait graduellement : on voit réapparaître les uns après les autres suivant les circonstances les troubles de la conduite et les modifications des sentiments. Souvent il y a des phénomènes particuliers très intéressants qui apparaissent régulièrement au moment de la transition, de l'abaissement de la tension psychologique. Au début de mes études je ne signalais guère que l'attaque hystérique parmi ces phénomènes caractéristiques de la psycholepsie. Je crois aujourd'hui que des accidents fort variés, des tremblements, des agitations motrices, de diverses espèces, probablement des crises d'asthme, des crises de pleurs, des crises d'angoisse et surtout des crises de migraine peuvent jouer le même rôle.

Dans un chapitre précédent à propos des liquidations j'ai signalé des phénomènes de *décharge* qui consistent dans une diminution de la quantité des forces. Nous arrivons ici à la notion des phénomènes de *détente* qui correspondent à la diminution de la tension. Il faudra plus tard établir le diagnostic différentiel des uns et des autres ; aujourd'hui nous sommes obligés de constater que des crises d'agitation d'apparence analogue se présentent dans les deux cas, quoique les crises de pleurs et les migraines aient plus souvent la signification d'une détente. Quand il s'agit de détente, le niveau était élevé avant l'attaque et permettait des activations de degré supérieur ; il est nettement abaissé après la détente et présente de nouveau les caractères de la dépression. Il ne faut pas se laisser tromper par des apparences de satisfaction que présentent certains sujets après la détente. Ce sont là des béatitudes en rapport avec la suppression de l'effort analogues aux béatitudes que décrivait bien M. Mignard chez les imbéciles et chez les déments[1] Cette distinction des joies et des béatitudes faisait l'objet d'une longue étude dans mes derniers cours au Collège de France sur les degrés d'activation supérieure.

Rien ne serait plus instructif qu'une analyse précise de l'état mental de sujets bien connus étudiés avant et après une migraine. J'ai réuni sur ce point une foule de documents que j'espère pouvoir utiliser un jour ; je dois me borner ici à quelques brèves indications. Si nous considérons une de nos malades, Irène, nous pouvons remarquer sur elle, comme d'ailleurs sur un très grand

1. Mignard, *Les états de satisfaction dans la démence et dans l'idiotie*, Thèse, 1909,

nombres d'autres malades, qu'il n'y a jamais de migraines pendant les périodes de grande dépression, si prolongées qu'elles puissent être. Je l'ai vue rester dix-huit mois sans aucune migraine, ce qui pour elle était extraordinaire ; mais elle était dans un état de dépression profonde, qui la rendait incapable de toute action ou même de tout désir. Pendant des périodes de ce genre les malades ne cessent de gémir et de regretter leurs migraines, ils répètent qu'ils étaient bien mieux quand ils avaient de temps en temps leurs migraines. Cela est juste, car à ce moment-là ils avaient sans doute des chutes pénibles, mais ils étaient capables de remonter plus ou moins longtemps leur état mental, ce que maintenant ils ne peuvent plus faire. Irène, pendant ces périodes sans migraines ne présente pas non plus de somnambulismes complets et n'est sensible à aucune pratique d'æsthésiogénie. Ils n'ont pas de détente parce qu'ils sont incapables de se tendre.

Chez Irène les migraines redeviennent au contraire fréquentes dans la dernière période de ses dépressions, quand elles approchent de leur fin. A ce moment différentes circonstances peuvent amener des bouleversements que nous appelons d'une manière vague des émotions (car ce mot est appliqué à tort et à travers aux ascensions comme aux abaissements du niveau psychologique) et qui sont caractérisés par des efforts pour augmenter momentanément la tension. Cette jeune femme très timide et incapable de discuter avec quelqu'un est obligée un jour de répondre à une accusation injustifiée et de se défendre. Elle le fait avec un certain courage et même avec succès, et elle éprouve dans les instants suivants un vif sentiment de satisfaction, de joie de vivre, comme dans toutes ses excitations. Mais bientôt elle se sent troublée et agitée c'est-à-dire qu'elle est fatiguée, qu'elle devient incapable de supporter cette tension trop élevée pour elle et le soir même commence une grande migraine à la suite de laquelle elle se retrouve plus calme sans doute, mais de nouveau timide, inquiète et aboulique comme auparavant. Dans cette même période les séances d'æsthésiogénie peuvent de nouveau réussir et amener des somnambulismes complets plus ou moins durables qui contribuent très efficacement à amener la fin de la dépression. Mais régulièrement deux ou trois jours après la séance et le début du somnambulisme complet il y a migraine et rechute.

On peut observer des phénomènes analogues au début des dépressions : chez Ia., f. 37, par exemple, on observe souvent la série des faits suivants : une circonstance amène un grand effort suivi d'une excitation, puis arrive une migraine et ensuite une dépression plus ou moins durable. Elle est un jour bouleversée par un accident arrivé à sa mère qui a une forte hémoptysie, elle se raidit contre son trouble et soigne très bien sa mère de manière à être tout à fait satisfaite d'elle-même : « je ne me croyais pas si vaillante » ; mais deux jours après elle a une violente migraine et commence une période de dépression. Un détail curieux, c'est que, une seule fois chez cette malade, la migraine a été remplacée par une grande attaque hystérique qui, comme on l'a vu, semble avoir le même caractère. La migraine, comme l'attaque d'hystérie et peut-être comme l'accès épileptique, sont des phénomènes de détente qui se présentent quand la tension psychologique à été par une influence quelconque élevée au-dessus du degré que le sujet peut actuellement supporter. Il est bien probable que ce sont des études de ce genre qui donneront un jour la clef du problème de l'épilepsie, car les vertiges et les accès épileptiques sont certainement des phénomènes de détente, dont nous ne comprenons pas la signification parce que nous n'étudions pas assez l'état de tension psychologique avant et après l'accident.

Quoi qu'il en soit, cette dépression suivant une période d'activité mentale plus grande produit une modification qui rend plus difficile la continuité de la conscience et de la mémoire et, quand il s'agit d'hystériques disposés au rétrécissement de l'esprit, elle s'accompagne tres souvent de troubles de la mémoire, d'une amnésie portant particulièrement sur la période alerte. La malade qui par le fait même de sa dépression a de la peine à évoquer des souvenirs en rapport avec la situation présente cesse de pouvoir évoquer à propos les souvenirs de la période d'excitation qui sont marqués d'un coefficient différent. Elle retrouve au contraire ces souvenirs quand elle rentre dans le même état alerte, car leur remémoration est alors bien plus facile. On observe ainsi une série de transformations périodiques de l'activité et de la mémoire qui permettent, comme je l'ai montré autrefois[1],

1. *Les névroses*, 1909, p, 256-270.

d'interpréter plus simplement les phénomènes de la double personnalité si mystérieux au début de la psychologie pathologique.

En effet, les alternances de la double personnalité se rattachent alors à un groupe de phénomènes plus fréquents et plus connus. Les changements produits par l'æsthésiogénie chez des hystériques ne sont plus que des formes particulières de ces oscillations que l'on observe dans les dépressions périodiques. Les excitations que nous venons d'observer ne sont plus aussi extraordinaires si nous les rapprochons de ces excitations que présentent spontanément ces autres malades. Les circulaires, si nous employons le mot dont se servaient les anciens aliénistes français qui les avaient bien observés, présentent souvent au cours de leur maladie trois périodes successives. Ils ont une crise de dépression où l'on retrouve facilement tous les caractères précédents, un état dit normal qui mérite d'être appelé un état d'excitation et entre les deux une période appelée maniaque qui semble assez particulière. Mais il est bien probable que cette période maniaque, qui d'ailleurs n'est pas constante, n'est qu'une forme de la dépression avec prédominance d'agitation. Le caractère essentiel reste l'oscillation entre un état de dépression avec ou sans agitation, et un état d'excitation normale.

Quand le passage de l'un à l'autre se fait assez rapidement, comme chez Lc., f. 54, par exemple, on observe les mêmes étonnements et les mêmes sentiments d'euphorie qui nous ont frappés dans l'æsthésiogénie : « J'entre donc enfin dans le véritable monde, je recommence à vivre... » Enfin quand les périodes sont courtes la ressemblance avec les somnambulismes complets s'accentue encore. J'observe en ce moment dans le service de mon ami M. Nageotte à La Salpêtrière un cas remarquable de ce genre qui par bien des points se rapproche des observations de Marceline ou d'Irène, Marianne, f. 34, traverse régulièrement depuis plusieurs années trois états psychologiques distincts et ne reste dans chacun d'eux que peu de jours, une quinzaine au plus. Dans le premier de ces états qui commence presque toujours assez subitement à l'époque de ses règles elle est déprimée : couchée dans son lit, elle refuse obstinément de se lever et n'accepte pas la moindre occupation ; horriblement timide, elle tremble et se cache si on vient la voir et si on essaye de la faire parler. Elle répond intelligemment à des questions simples, mais elle ne

peut croire ce qu'on lui dit et doute de tout; elle se sent malheureuse, méprisable, objet de dégoût pour tous les autres et pour elle-même. Cet état est le plus long et dure une quinzaine de jours. Subitement, en général le soir à six heures elle passe dans l'état maniaque : elle se lève car ne veut plus rester au lit, elle crie, court partout et cherche à tout briser. Elle est alors hardie, arrogante et ne cesse de bavarder nuit et jour. Après cinq à six jours elle se calme et se sent heureuse « de sortir de ces états horribles où elle n'est personne, d'être enfin une personne comme les autres ». Elle demande à travailler et exprime le désir de revoir ses parents qu'elle accueille fort bien, en un mot elle n'est plus aboulique ni timide et reprend une activité normale qui malheureusement ne se maintient pas longtemps, car après trois ou cinq jours au plus elle arrive de nouveau à l'époque de ses règles et elle retombe dans la dépression. De temps en temps, surtout quand une période de dépression est près de finir, il y a des oscillations brusques : tout d'un coup, au milieu de la journée Marianne sort de son état de dépression qui était complet et entre soit dans l'état maniaque, soit plus rarement directement dans l'état normal. Elle se lève enchantée « heureuse de voir clair », elle s'habille, se dit guérie, demande à reprendre sa vie normale et cause intelligemment. Cela dure deux heures, puis elle retombe complètement et « ne peut plus croire qu'elle ait été un moment du nombre des vivants ». On dirait véritablement un état de somnambulisme complet exactement comparable à ceux que nous avons décrits.

Il reste cependant une grande différence entre cet état et celui de nos sujets c'est que tous ces changements de Marianne se font spontanément sans que je puisse avoir la moindre influence sur leur apparition, tandis que dans tous les cas d'æsthésiogénie le passage à la période d'excitation était déterminé artificiellement. Marceline était identique à Félida de Azam sauf sur un point c'est que l'on pouvait au moment choisi la faire passer dans l'état alerte, c'était « une Félida artificielle ».

Ce caractère, si important qu'il soit, sépare-t-il d'une manière absolue les névroses que je cherche à rapprocher. Est-il bien certain que nous ne puissions jamais intervenir dans les apparitions des états périodiques ? Depuis que je me suis intéressé à ces changements brusques qui constituent l'un des plus curieux phénomènes psychologiques que nous offre la psychiatrie, j'ai bien

souvent essayé de modifier artificiellement ce rythme étrange. Je dois avouer que j'ai presque toujours échoué. Mais je dois cependant signaler deux observations remarquables.

Pour être tout à fait exact il faut reconnaître que dans ces deux observations il ne s'agit pas de malades tout à fait identiques à Marianne. Celle-ci est une véritable circulaire dans le sens attaché à ce mot par les aliénistes français. La périodicité indépendamment des circonstances extérieures est un élément essentiel de sa maladie. Nos deux autres malades seraient aussi appelés des périodiques par les enthousiastes de la science allemande qui ont adopté la conception de la folie maniaque-dépressive puisque chacune de ces femmes a déja eu plusieurs périodes de dépression. Mais ce sont des *dépressibles* et non des périodiques véritables, puisque leurs crises de dépression sont survenues à des intervalles très variables et toujours à la suite de circonstances épuisantes.

Quoi qu'il en soit, Jb., f. 24, qui a déjà eu à 18 ans une crise de dépression de plusieurs mois, a été bouleversée par son mariage à 21 ans. Elle a présenté une de ces impuissances génitales avec phobies qui sont si caractéristiques et elle est entrée à la suite dans un état de dépression grave avec refus d'aliments et tentatives de suicide. Elle a été internée avec le diagnostic de « folie maniaque-dépressive » bien entendu et elle est depuis deux ans à l'asile. Ayant remarqué qu'elle présentait de la parésie et une certaine hypo-esthésie du côté gauche, qu'elle était nettement suggestible, j'ai essayé malgré son état de mélancolie de l'hypnotiser et de lui faire faire certains efforts æsthésiogéniques. Sous cette influence elle sortait nettement de l'état mélancolique pendant quelques heures ou quelques jours, puis retombait dans la dépression. Ces premiers progrès permirent de la ramener chez son mari : l'excitation du sens génital qui fut comme une véritable éducation amena rapidement la cessation des rechutes et la fin de cette dépression mélancolique qui durait depuis plus de deux ans et qui menaçait de se prolonger indéfiniment.

L'observation de Kab., f. 30, est encore plus nette. Cette femme a déjà eu deux périodes de mélancolie, l'une de 18 mois, l'autre de deux ans. A la suite de fatigues et d'émotions, car elle a perdu une place qu'elle aimait et où elle s'était épuisée, elle est entrée depuis un an dans une troisième crise. Elle est dans le service de M. Nageotte, affalée dans un coin, complètement inerte. Si on

essaye de la secouer quelque peu elle se met en colère, elle se roule sur le sol comme si elle avait une crise de nerfs et elle rentre dans son inertie gémissante. J'ai appris qu'il y a plus de dix ans, à l'âge de 17 ans, elle avait eu des attaques d'hystérie et qu'elle avait été traitée par l'hypnotisme et j'ai voulu rechercher si dans l'état actuel de dépression mélancolique la disposition à l'hypnotisme se serait conservée. Cette malade a été complètement hypnotisée en trois séances et on obtint vite un état second dans lequel elle était beaucoup plus éveillée que dans son état de veille. Cet état artificiel se développa et se prolongea d'abord quelques heures, puis quelques jours. Mais la rechute caractérisée par une violente attaque convulsive suivie de dépression survenait à propos du plus léger incident, comme si l'évolution de la dépression mélancolique continuait malgré ces interruptions. Au bout de peu de temps j'ai obtenu des périodes plus longues d'activité normale et la malade a quitté le service pour reprendre du travail après un traitement de six mois. La crise précédente avait duré deux ans et six mois, il est probable que celle-ci aurait duré au moins autant car elle avait déterminé dès le début une inertie encore plus grande. L'hypnotisme et l'æsthésiogénie semblent avoir beaucoup réduit sa durée. Quoi qu'il en soit je ne me sers de ces exemples qu'à un seul point de vue. Ils nous montrent que l'æsthésiogénie peut déterminer une excitation au cours des dépressions proprement dites qui ne sont pas uniquement des dépressions hystériques. Elles confirment notre remarque sur le caractère essentiel de ces procédés. Des faits analogues à la suggestion y jouent sans doute un grand rôle ; mais le phénomène essentiel est un fait d'excitation inverse de la dépression.

Constater qu'il y a dans l'æsthésiogénie un phénomène d'excitation c'est une remarque bien insuffisante, car nous avons surtout besoin de comprendre le mécanisme de cette excitation afin de pouvoir la reproduire et l'utiliser. Sur ce point nous savons peu de chose : l'excitation semble se produire à propos des modifications de la sensibilité et du mouvement, mais il est très probable que ce n'est là qu'une occasion, on peut obtenir la même excitation à propos de la mémoire et probablement à propos de bien d'autres faits. Il suffit quelquefois de légères modifications de la sensibilité pour produire de grandes excitations et inversement

de grands changements de sensibilité peuvent se produire automatiquement sans amener d'excitation apparente.

Il est donc probable que le fait important est l'effort fait par le sujet pour obéir au commandement ou pour exécuter la suggestion éveillée par un signe quelconque. Il y a là, en effet, de l'attention et du travail : on le constate dans les signes d'effort, dans les contorsions que présentent certains sujets ; on le voit aussi en remarquant le temps nécessaire pour effectuer ces métamorphoses. Les changements rapides effectués par suggestion pure et simple n'ont pas du tout les mêmes résultats que ces changements obtenus lentement par un véritable travail : « Vous voulez trop de progrès trop vite, c'est là ce qui me fait mal à la tête à me rendre folle. » Enfin on constate aussi ce travail dans cette singulière fatigue consécutive à la séance. Fatigue très remarquable, très régulière, quand il y a eu excitation véritable, tandis qu'elle fait défaut quand il n'y a pas d'excitation notable.

Quel est ce travail ? Nous ne savons pas actuellement le définir avec précision, nous ne pouvons que présenter des analogies. Il y a certainement chez l'être vivant des fonctions de dépression et d'excitation normale. Dès le début de la vie l'être vivant sait faire l'acte de s'endormir et l'acte de se réveiller, et ces actes entre autres modifications déterminent de grands changements de la tension psychologique. Plus tard il sait également se détendre dans le repos, dans le jeu, dans la confiance et il sait se tendre, mettre toutes ses tendances dans un état d'érection, quand il y a difficulté, danger ou attente. L'existence de telles fonctions est encore démontrée par les troubles pathologiques qu'elles présentent chez les déprimés qui deviennent incapables de s'endormir, de se réveiller, de se reposer, de se mettre sur la défensive, d'attendre, et qui présentent des dérivations sous forme d'émotion à propos de tous ces actes. Le langage populaire reconnaît mieux que la psychologie l'existence de ces phénomènes quand il parle de « se la couler douce, de se mettre en veilleuse, d'être prêt à tout, d'être au cran d'arrêt ». A l'extrémité de ces phénomènes d'excitation se placent l'échauffement de la composition et l'enthousiasme créateur. Un artiste me disait encore récemment qu'il a besoin de se mettre dans un état spécial pour composer, qu'il ne peut rien faire au début, puis que peu à peu il s'échauffe, « qu'il a alors une vie triple de l'ordinaire » et qu'il est ensuite épuisé pendant plusieurs jours. Je ne puis m'empêcher de croire

que nos sujets font quelque chose du même genre et que chez eux dans certaines conditions l'ordre, ou si l'on veut la suggestion de sentir et de se souvenir, déclanche des tendances spéciales à l'effort, à l'enthousiasme même. Ces opérations qui relèveraient la tension de l'homme normal jusqu'à le mettre dans un état d'activité créatrice arrivent chez ces déprimés à les ramener à la tension normale.

Singulier procédé qui fait appel aux plus belles puissances du génie humain pour permettre à une hystérique de manger sa soupe. Nous sommes souvent obligés de recourir avec les malades à des procédés de ce genre et j'ai déjà fait remarquer souvent qu'il fallait employer les adjurations les plus éloquentes et user de tous les ressorts de la rhétorique pour obtenir qu'un malade change de chemise ou boive un verre d'eau. C'est ce que je faisais remarquer en particulier dans mes premières études sur Marceline ou sur Irène. « Le traitement que j'ai fait subir à la malade est non seulement une suggestion, mais encore une excitation. On n'a pas toujours assez distingué dans les traitements psychologiques la part de la suggestion et la part de l'excitation qui essaye de faire remonter le niveau mental. J'exige de la part d'Irène de l'attention et des efforts, j'exige la conscience de plus en plus nette des sentiments, toutes choses qui sont des moyens d'augmenter la tension nerveuse et mentale, d'obtenir, si l'on veut, le fonctionnement des centres supérieurs. Bien souvent j'ai constaté avec elle comme avec tant d'autres malades que les séances vraiment utiles étaient celles où j'étais parvenu à l'émotionner. Il faut souvent lui faire des reproches, découvrir les côtés où elle est restée impressionnable, la secouer moralement de toutes manières pour la remonter et lui faire retrouver les souvenirs et les actes. Toutes les rééducations des névropathes dont on parle beaucoup aujourd'hui sont soumises à la même loi, qu'il s'agisse de gymnastique, d'éducation des mouvements, d'excitation de la sensibilité, de recherche des souvenirs, il faut toujours que l'ascendant du directeur réveille l'attention et l'effort, excite l'émotion et détermine une tension plus grande. Quand ce fonctionnement supérieur est obtenu, le sujet sent une modification de toute sa conscience qui se traduit par une augmentation de la perception et de l'activité[1]. »

1. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion, 1904. *État mental des hystériques*, 2e édition, 1911, p. 542.

Il n'en est pas moins vrai que ce caractère de l'æsthésiogénie, cet appel aux sources les plus élevées de l'excitation rend son emploi plus malaisé. Il faut que les sujets aient en eux-mêmes quelques ressources, qu'ils soient susceptibles de se réveiller, de se monter, de s'emballer. Beaucoup de personnes n'en sont pas capables et on comprend que ces procédés ne réussissent pas chez tout le monde. Les médecins mêmes qui recouraient autrefois à la métallothérapie gémissaient en présence de sujets qui ne savaient faire aucun effort pour maintenir ou récupérer leur sensibilité. Ensuite ceux-là mêmes qui sont capables d'une telle excitation ne sont pas toujours disposés à faire cette dépense. Ils ne peuvent pas la faire quand ils sont gravement épuisés, c'est-à-dire au moment où nous aurions le plus besoin de recourir à cette action thérapeutique. C'est ce que nous avons bien observé dans le cas d'Irène : l'æsthésiogénie n'agit pas chez elle quand elle est « trop vidée », il faut qu'elle ait repris un peu de forces pour être capable de cet effort qui la relève alors définitivement.

On voit la complexité des problèmes que soulève l'interprétation de l'æsthésiogénie : nous aurons l'occasion dans le prochain chapitre de reprendre d'une manière plus générale le problème de l'excitation thérapeutique. Il nous suffit pour le moment d'avoir compris que le somnambulisme complet n'est pas uniquement le résultat d'une suggestion ou d'un dressage, mais qu'il contient sous une forme particulière déterminée par l'hystérie une transformation de l'état mental sous l'influence d'une excitation.

5. — Applications thérapeutiques.

Les traitements précédents consistaient dans la recherche du somnambulisme complet au moyen de l'excitation de la sensibilité ou de la mémoire. Si nous appliquons cette définition d'une manière rigoureuse, nous sommes obligés de constater que ce traitement n'a pu être appliqué d'une manière heureuse que dans un très petit nombre de cas.

En dehors de sept malades dont je viens de discuter les observations, je ne trouve guère que six autres cas à ajouter dans lesquels la guérison suffisamment durable d'accidents hystériques graves semble avoir été obtenue par l'emploi systématique et exclusif du traitement æsthésiogénique portant sur la sensi-

bilité et déterminant le somnambulisme complet. Il faut y ajouter trois observations dans lesquelles les malades présentaient des amnésies et qui par excitation des souvenirs ont également présenté des somnambulismes complets : ces dernières observations se rapprochent de celle d'Irène quoique les phénomènes y soient moins remarquables. En tout, 15 malades me semblent avoir présenté le phénomène que j'ai proposé d'appeler le somnambulisme complet et en ont tiré un bénéfice.

A propos de ces nouveaux malades, je dois signaler seulement quelques détails intéressants : les troubles de Mab., f. 35, très complexes, attaques, sommeils, amnésies, altérations graves du caractère, se sont développés après un accident arrivé à l'œil qui avait déterminé des troubles hystériques de la vision. Le simple traitement de la vision, l'excitation de la sensibilité oculaire a été le point de départ de grands changements de toute la personnalité. Il était curieux de voir cette femme qui non seulement présentait des attaques de sommeil, mais qui, dans l'intervalle, restait inerte, indifférente à tout, méchante avec ses enfants, reprendre pour quelques jours son activité et son caractère normal simplement après des efforts d'attention relatifs à la vision. Nous avons déjà vu des faits de ce genre quand Irène se transformait après avoir travaillé à retrouver le souvenir de la mort de sa mère. Il semble que l'excitation générale puisse survenir à propos de n'importe quel point de départ.

Nep., f. 28, avait tous les jours depuis huit mois une crise de somnambulisme délirant qui survenait régulièrement à cinq heures du soir : cette crise durait deux ou trois heures et la malade n'en conservait aucun souvenir. Il y avait dans cette régularité bien des phénomènes d'idée fixe et de suggestion. Quand la malade était mise dans un état de somnambulisme complet par des efforts de l'attention portant sur la sensibilité, elle retrouvait le souvenir de ces crises, elle attendait l'heure de cinq heures avec curiosité pour savoir si elle serait malade, mais pendant plusieurs jours elle n'avait rien. Quand elle retombait dans la dépression, elle oubliait ses crises et ne les attendait plus, au moins en apparence, mais les délires réapparaissaient régulièrement. Il s'agit ici d'une réapparition de la suggestibilité dans l'état de dépression.

Je signale également un détail dans l'observation de Nc., f. 27 : ce sont les énormes réactions qu'elle présentait au moment du

retour des sensibilités cutanées, elle gémissait, pleurait et se tenait la tête en poussant des cris de douleur. Cette malade n'habitait pas à l'hôpital, elle n'avait jamais vu, ni entendu parler de phénomènes semblables, et d'ailleurs mes malades, comme je l'ai dit, ne présentaient guère ces phénomènes. La part de la suggestion, si elle a existé, a dû être bien petite. Il faut savoir reconnaître qu'il y a dans ces phénomènes psychologiques des détails individuels qu'il n'est pas facile d'expliquer par des règles générales.

Ob., f. 24, nous présente une évolution maladive fort analogue à celle que nous avons vue dans l'observation d'Irène. Enfant névropathe, insomnique, souffrant facilement de la tête, elle resta à peu près normale jusqu'à l'âge de 13 ans. A ce moment sous l'influence de la puberté et des émotions causées par la mort de sa mère et par le second mariage de son père elle changea complètement. Elle devint très émotive et pour la moindre des choses tombait dans des agitations convulsives, elle était timide au point de renfermer tous ses sentiments et de se montrer très froide, elle avait surtout des troubles de la mémoire, elle cessa d'apprendre et paraissait retenir très mal les faits récents : encore maintenant à 24 ans, elle raconte en détails les faits de son enfance antérieurs à 13 ans mais semble savoir très peu et très mal ce qui s'est passé depuis cet âge : il y a là des cicatrices psychologiques. Des disputes avec sa belle-mère qui ne l'aimait guère, le départ de son frère pour l'armée, les inquiétudes causées par la guerre aggravèrent beaucoup son état. A l'âge de 21 ans, elle s'isolait de plus en plus tout en se plaignant d'être abandonnée, elle se plaignait de ne plus avoir de volonté et demandait à être commandée comme une enfant, elle ne pouvait plus travailler et présentait du désordre dans ses actes, elle avait fréquemment ces impulsions à « changer de situation, à faire autre chose, n'importe quoi, à s'enfuir, à aller n'importe où », qui sont si caractéristiques des états de dépression. Enfin, un jour, échappant à la surveillance elle courut se jeter dans une rivière : on put la sauver et la retirer de l'eau évanouie. Quand elle reprit conscience, elle resta presque complètement délirante, agitée, souvent violente ; elle ne pouvait rien expliquer, ne se souvenant ni de son suicide, ni des événements postérieurs. Elle mêlait à tous ses propos une foule d'absurdités, déclarant être Jeanne d'Arc venue pour sauver la France ou signant des

lettres absurdes du nom d'Henriette de France, etc.. Cet état délirant se prolongeait à peu près sans interruptions depuis un an quand j'ai connu la malade. La forme des agitations qui de temps en temps rappelaient une attaque hystérique, les alternatives de délire et de lucidité, les amnésies localisées me conduisirent à supposer des phénomènes hystériques et à faire quelques tentatives d'hypnotisme. La jeune fille était complètement suggestible et hypnotisable et j'ai cherché exactement, comme dans le cas d'Irène, à rétablir ses souvenirs pendant le somnambulisme. Il fallut une dizaine de séances pour obtenir au milieu d'efforts et de contorsions un récit détaillé des périodes qui avaient précédé le suicide et du suicide lui-même. Il était curieux de constater comment dans cet état elle expliquait clairement tous les troubles qu'elle présentait depuis longtemps, son épuisement, son impuissance à se reposer, son mécontentement d'elle-même, ses obsessions de honte, ses désespoirs, ses impulsions à la fugue que l'on n'avait jamais comprises, puis son impulsion rapide au suicide : « au moins comme cela je n'aurai à parler à personne et ce sera tout de suite fini ».

Dès que le retour des souvenirs fut net pendant le somnambulisme, il y eut un changement frappant de l'état mental, la malade se releva visiblement, reprit de l'activité, de l'attention, de la confiance et exprima, comme on l'observe toujours dans des cas de ce genre, des sentiments d'enthousiasme. Elle arriva rapidement à retrouver un état à peu près normal qu'elle n'avait plus jamais eu depuis l'âge de 13 ans. Il est inutile de revenir sur les rechutes périodiques qui revenaient d'abord après deux jours, puis après huit jours, puis seulement après une émotion ou à l'époque des règles qui, supprimées pendant toute la période délirante, n'avaient pas tardé à réapparaître. Cette jeune fille est restée une faible, très disposée à des troubles dépressifs, mais elle a pu depuis plus d'un an vivre de la vie normale et reprendre son travail. Cette observation est intéressante à cause de sa grande analogie avec l'observation d'Irène et à cause du succès beaucoup plus rapide d'un traitement du même genre. Le traitement, comme celui d'Irène, se rapproche des traitements par recherche du souvenir traumatique et par liquidation, mais la liquidation elle-même est obtenue grâce à un état d'excitation.

A côté des malades précédents je placerai un groupe de

15 autres observations dans lesquelles les sujets ont présenté d'une manière imparfaite les phénomènes du somnambulisme complet, mais dans lesquelles l'aesthésiogénie a joué un rôle important. Elle n'a pas été employée exclusivement, mais elle s'est ajoutée d'une manière utile à d'autres thérapeutiques. Parmi ces malades on peut remarquer trois psychasténiques qui, en même temps que leurs obsessions, ont présenté des phénomènes hystériques et ont pu être hypnotisés, ce qui est, à mon avis, assez rare. Leur état mental était singulièrement transformé pendant la période, chez eux assez courte, du somnambulisme complet. Qi., f. 40, en particulier, en dehors de ses obsessions et de ses phobies a toujours souffert d'une épouvantable timidité. Maintenant encore à l'âge de 40 ans, elle ne peut sentir ou soupçonner qu'on la regarde : « C'est pour moi un supplice que de passer devant un tramway ». S'il faut qu'elle parle à quelqu'un, elle a des tics énormes, des contorsions de toutes espèces, elle n'arrive à dire quelques mots après bien du temps et bien des efforts qu'en fermant les yeux et en détournant la tête. Cette malade, dans un état analogue au somnambulisme complet, non seulement oublie ses obsessions, mais encore transforme son attitude, elle regarde l'interlocuteur en face et parle facilement sans tics et sans contorsions. Elle se sent plus forte et plus lucide : « il fait plus clair, dit-elle, et le monde me semble meilleur ». Il y a là un curieux exemple des transformations de la timidité par excitation.

Les autres malades sont des hystériques présentant des accidents variés et en général complexes : elles ont subi en même temps que l'æsthésiogénie des traitements divers, suggestion proprement dite, dissociation de l'idée fixe, isolement, éducation et je n'ose rattacher les guérisons obtenues uniquement au procédé que nous étudions. Le changement de caractère déterminé par le somnambulisme complet était fort curieux dans le cas de Pauline, f. 19. Cette personne toujours très timide se montrait à l'ordinaire renfermée jusqu'à la cachotterie, elle était entêtée au dernier point, susceptible et jalouse. Dans l'état provoqué artificiellement et qui chez elle durait plusieurs jours, elle se transformait d'une manière surprenante et surtout devenait ouverte et confiante. C'est à ce moment qu'elle racontait en riant les incidents bizarres du début de sa maladie, ses rêveries orgueilleuses, ses humiliations atroces pour des motifs ridicules, ses désespoirs quand sa mère témoi-

gnait quelque affection à ses sœurs, ses simulations de maladies qui avaient fini par déterminer des contractures dont elle ne pouvait plus se débarrasser. Quand on lui faisait remarquer qu'elle changeait de caractère et qu'elle se tenait tout autrement que dans son état habituel, elle protestait en disant « qu'elle était maintenant elle-même et que c'était la maladie qui lui donnait précédemment un caractère absurde ». Je le crois volontiers, car l'entêtement comme la cachotterie et la jalousie sont des phénomènes de dépression. Cette malade finit par rester des mois entiers dans l'état le meilleur et guérit complètement.

Malgré ces constatations intéressantes je répète encore que, parmi mes observations au nombre de plusieurs milliers, celles où le somnambulisme complet a pu être obtenu et avoir des résultats heureux sont réellement bien peu nombreuses. Cela se comprend sans peine si on réfléchit au nombre des conditions nécessaires : Il faut opérer sur des hystériques présentant à un haut degré l'hypnotisme et la suggestion et ayant des anesthésies, des paralysies ou des amnésies graves et anciennes. Ces malades existent, moins souvent peut-être qu'on ne l'admettait autrefois avec les métallothérapeutes et avec l'école de Charcot, mais plus souvent que les médecins d'aujourd'hui ne semblent disposés à le croire. Cependant ils ne forment pas la majorité des névropathes que l'on rencontre communément et l'on ne rencontre pas fréquemment les conditions nécessaires pour appliquer des traitements semblables.

Quand ces conditions sont réunies, est-il juste de tenter un traitement æsthésiogénique ? Par réaction contre l'école de Burq et de Charcot, il semble de mode aujourd'hui de mépriser les troubles de la sensibilité que présentent les hystériques, probablement parce que autrefois on les a trop adorés. Tel médecin qui, il y a vingt ans, voyait de l'anesthésie hystérique partout se croirait déshonoré s'il en voyait aujourd'hui quelque part et surtout s'il la prenait au sérieux. Il est entendu qu'il ne faut pas tenir compte de ces troubles de la sensibilité ou de la mémoire, qui s'accentuent si on attire sur eux l'attention du sujet et qui guérissent tout seuls si on s'occupe de la santé générale et des autres accidents plus bruyants.

Ces remarques ne sont pas sans quelque vérité : au début de l'hystérie, chez des malades très jeunes, quand les troubles sont encore indistincts et variables, il ne faut pas trop attirer l'atten-

tion du sujet sur un phénomène maladif, car on risque de le préciser. Mais cela n'est pas seulement vrai de l'anesthésie, cela est vrai également de la toux hystérique, des vomissements, des colères, des parésies, des algies, etc. A cette époque, le médecin doit être discret et prudent, il doit traiter l'état physique et l'état mental d'une manière générale et insister le moins possible sur tel ou tel accident. Il est également vrai qu'une hystérique, lorsqu'elle guérit d'une manière quelconque, perd aussi bien ses anesthésies que ses attaques, quoiqu'on ne s'en soit pas occupé d'une manière spéciale. C'est là un fait dont nous venons de voir bien des exemples et qui résulte du relèvement de la tension psychologique quel que soit le procédé qui l'ait déterminé.

Il faut cependant remarquer que les sujets que l'on nous amène ne sont pas toujours dans cet état de primitive ignorance : le jeune soldat qui revient du front hémiplégique et anesthésique sait fort bien qu'il ne sent rien du côté droit et je ne vois pas quel bénéfice il aura si je fais semblant de l'ignorer. Je n'augmenterai pas son anesthésie en la constatant, car elle est déjà aussi profonde que possible et je ne lui donnerai pas une idée fixe de cette anesthésie, car il l'a déjà. Des réflexions de ce genre empêcheraient de traiter jamais aucun accident hystérique. D'ailleurs il n'est pas exact que la constatation des phénomènes hystériques les augmente toujours : J'ai déjà signalé cette malade entrée hémi-anesthésique dans le service et que j'avais signalée comme curiosité. Bien traitée elle récupéra rapidement sa sensibilité malgré des examens beaucoup trop répétés de son anesthésie que venaient faire de nombreuses personnes. D'autre part il est entendu que si l'on peut guérir facilement l'hystérie par quelque autre procédé, il est inutile de faire appel à l'æsthésiogénie. Mais il y a justement des cas où les accidents hystériques ne guérissent pas facilement et se prolongent indéfiniment malgré le plus beau mépris des médecins à leur égard. Il n'est pas mauvais dans ce cas de pouvoir recourir à une méthode de plus qui dans certains cas heureux a donné des résultats remarquables.

En réalité, comme nous l'avons déjà vu à plusieurs reprises dans cet ouvrage la difficulté principale n'est pas là : elle n'est pas dans les scrupules plus ou moins affectés des médecins, elle est dans leur ignorance. Nous n'appliquons pas plus souvent l'æsthésiogénie et nous n'en tirons pas un meilleur parti, parce

que nous ignorons encore ses conditions les plus essentielles. Il est tout à fait certain que les conditions précédentes quoique complexes déjà ne suffisent pas. Dans un grand nombre de cas qui me paraissaient absolument identiques aux précédents, j'ai opéré ou j'ai cru opérer de la même manière et je n'ai obtenu aucun résultat intéressant. La suggestion de sensibilité ou de mémoire était inefficace ou restait limitée et ne déterminait pas cette excitation générale qui est la partie essentielle du traitement. De tels essais qui malheureusement coûtent toujours un temps énorme restent le plus souvent infructueux. De beaux somnambulismes complets ont apparu de temps en temps dans mes expériences d'une manière qui semble trop arbitraire, analogues, comme je l'ai dit, à des phénomènes d'enthousiasme dont nous connaissons l'existence, mais que nous ne savons pas provoquer d'une manière régulière quand nous en avons besoin.

Dans tous les procédés de traitement que je viens d'énumérer et qui semblent de près ou de loin se rattacher à l'æsthésiogénie, il y a probablement les germes d'une thérapeutique, mais il n'y a pas encore les règles d'une thérapeutique régulièrement applicable. C'est pourquoi il est utile d'examiner maintenant d'une manière plus générale l'excitation psychologique dont ils semblent être une forme particulière. L'étude de la métallothérapie et des somnambulismes complets sera plus tard, si je ne me trompe, une introduction à l'étude d'un grand problème, aujourd'hui à peine soupçonné, le problème de l'excitation.

CHAPITRE III

LES TRAITEMENTS PAR L'EXCITATION

A côté de quelques thérapeutiques psychologiques déjà susceptibles de définitions précises, comme les médications par la suggestion ou par le repos, on rencontre disséminés de tous les côtés des conseils ou des pratiques médicales difficiles à interpréter avec précision et différentes les unes des autres en apparence plus qu'en réalité. Ces médications me semblent se rapprocher les unes des autres par leur tendance à provoquer l'effort personnel plutôt que l'automatisme, l'activité plutôt que le repos, la vie sociale plutôt que l'isolement. Le phénomène psychologique qui joue ici le rôle principal me semble être ce phénomène de l'excitation dont les médications æsthésiogéniques nous ont permis d'entrevoir l'importance.

1. — Historique des traitements par l'excitation.

Les philosophes et les moralistes ont déjà souvent présenté des doctrines optimistes qui font appel au courage et à l'énergie humaine. La morale stoïcienne était fondée sur cette confiance dans les forces humaines dont l'homme désespère souvent trop vite. « Tu es sauvé dès maintenant, disait Luther, si seulement tu consens à le croire. » Les anciens aliénistes insistaient sur l'importance du travail dans le traitement des maladies mentales : « C'est souvent bien moins par des médicaments que par des moyens moraux, disait Pinel, qu'on peut faire une heureuse diversion aux idées tristes des mélancoliques[1] » et Leuret donnait

1. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1809, p. 348.

une grande place au travail parmi les procédés moraux les plus importants pour traiter la folie.

Parmi les philosophes contemporains c'est certainement William James qui a le plus éloquemment insisté sur « ces ressources profondes de l'esprit humain que l'on n'utilise pas suffisamment ». Il aimait à protester contre les habitudes déprimantes de la crainte : « Le vice essentiel de notre nature charnelle c'est la crainte qui n'a jamais rien de respectable... Nous avons en nous des énergies inconnues car nous sommes intimement unis au principe Divin... une mère qui voit son enfant en danger trouve en elle-même des forces d'Hercule dont elle ne se doutait pas[1]... » Comme le montre très bien M. Bourdeau, avant de devenir l'apôtre du pragmatisme, James a été le psychologue de l'effort et l'éducateur de la volonté. Il méprise le contemplatif et il veut que l'on tire parti de tout pour développer l'action : « Il ne veut pas qu'on laisse s'évaporer cette force motrice de l'émotion, il faut qu'au sortir d'un concert le charme de la musique continue à agir en nous et se prolonge en acte de courtoisie et de bonne grâce... Faire tous les jours un acte impliquant une parcelle infinitésimale d'ascétisme et d'héroïsme, un acte que nous préférerions ne pas faire, c'est acquérir une prime d'assurance contre les heures d'angoisse et de défaite[2]. »

William James voyait dans la « Christian science » de Mrs. Eddy, au milieu de beaucoup d'absurdités qu'il rconnaissait, une heureuse application de ces principes : « Le Mind cure, disait-il, a construit un système puissant d'hygiène mentale. Ce système tout entier est construit avec de l'optimisme, le pessimisme rend fainéant, l'optimisme rend fort, les idées sont des forces[3]... » W. James retrouve encore le même principe chez les écrivains qui ont analysé les « Revivals » mystiques si fréquents en Amérique. Ceux-ci ont noté au cours de ces grandes cérémonies religieuses des conversions rapides avec sentiments d'euphorie et métamorphose de toute la personnalité : les sujets passent rapidement sinon du vice à la vertu du moins d'une vie plate et triste à une vie plus saine et plus courageuse. Chose curieuse, ces écrivains ont voulu trouver une preuve de la religion elle-même dans ce

1. W. James, *The energies of man*, 1907, p. 85; *Psychotherapy* de Parker, II, II, p. 36.
2. J. Bourdeau, *La philosophie affective*, 1912, p. 31. (F. Alcan).
3. W. James, *The energies of man*, p. 93.

phénomène psychologique de l'excitation en somme assez banal dont nous avons constaté des formes bien plus remarquables après les séances d'æsthésiogénie et qui peut également apparaître après le vulgaire verre de Champagne ; mais nous n'avons pas à étudier les conclusions dogmatiques que les théologiens ont voulu en déduire[1], il nous suffit de remarquer avec James que dans leurs descriptions des conversions soudaines ces auteurs ont contribué à faire connaître le phénomène de l'excitation et à mettre en lumière les bénéfices que l'on en pouvait quelquefois tirer pour le rétablissement de la santé morale.

Sans doute les médecins n'ont guère songé autrefois à fonder une thérapeutique précise uniquement sur ce phénomène de l'excitation morale, mais ils n'en ignoraient pas la puissance et souvent ils admettaient qu'il devait jouer un certain rôle au milieu d'autres traitements ; on trouve des allusions à un traitement par le travail et par l'effort dans tous les ouvrages des aliénistes français du siècle précédent ; une phrase de Brémond est restée célèbre : « Faute d'idéal, disait-il, ayez au moins une passion excitante, car Sterne l'a rappelé avec raison : il vaut mieux faire la chose la plus inutile du monde que de rester un quart d'heure à ne rien faire : Cultivez des tulipes rares, mettez-vous à la recherche d'une série d'autographes, élevez des lapins, pêchez à la ligne, tournez des coquetiers, découpez des ombres chinoises pour des enfants, chassez aux papillons ou collectionnez des timbres-poste. L'important est que vous vous passionniez pour quelque chose[2] ».

M. Forel, dans beaucoup de ses ouvrages, insiste sur l'importance de l'intérêt et du travail excitant. Il veut des occupations diverses qui secouent l'esprit et l'élèvent au-dessus de son travail habituel[3]. Ceux qui ont plusieurs intérêts dans la vie ne sont pas désespérés par la perte d'une de leurs affections : ils ne tombent pas dans « l'étroitesse d'un égoïsme exclusif[4] ». Son étude sur le traitement moral « des gens non mariés, des vieilles filles, des célibataires, des veufs et des veuves sans enfants », mérite une attention particulière et nous montre la nécessité de remplir la

1. Cf. Leuba, *Psychologie des phénomènes religieux*, 1914.
2. Brémond, *Les passions et la santé*, 1893, p. 121.
3. Forel, *L'âme et le système nerveux*, 1906, p. 313.
4. Forel, *Op. cit.*, p. 312.

vie et de donner un aliment à nos sentiments et à nos passions[1]

Il faut reconnaître que les mêmes idées se retrouvent sous la plume des auteurs qui prétendent parler uniquement de la suggestion et M. Bernheim n'hésite pas à parler à ce propos de l'excitation de l'attention et de la « dynamogénie psychologique[2] ». A plus forte raison ces idées jouent-elles un grand rôle dans la moralisation de M. Dubois (de Berne), car le grand mérite des ouvrages de ce genre c'est qu'ils contiennent plus d'idées que les mots même mal définis n'en annoncent et qu'ils fournissent les germes encore indifférenciés de tous les traitements. « Le retour à l'optimisme est souvent difficile chez des malades dont la vie est réellement troublée, mais il est essentiel... J'ai trouvé moi-même, dit-il, chez des débiles mentaux une force de résistance que je n'aurais pas attendue et qu'il suffisait de réveiller[3] ». Il note des guérisons obtenues par le retour à la foi religieuse et il insiste sur l'éducation du caractère qui doit devenir plus énergique et plus tendu, « car cela est bien plus important que la guérison de tel ou tel accident nerveux[4] ».

Enfin, il n'est pas difficile de retrouver beaucoup d'allusions aux bons effets de l'excitation dans tous les ouvrages qui traitent de la gymnastique et de l'entraînement physique. Le mouvement, comme le remarque M. Lagrange, ne fortifie pas seulement le muscle, il active aussi la respiration, la digestion et la nutrition[5]; les bons effets des exercices gymnastiques sur l'état mental des sujets ne sont pas moins nets. « La volonté intervient dans chaque mouvement et elle se perfectionne par cette habitude d'être exercée comme toute faculté. Le malade trouve dans ces exercices la révélation d'une faculté dont il avait perdu la conscience, la faculté de faire effort. Il se démontre à lui-même que toute énergie physique n'était pas déchue dans ses organes[6] ». Briquet remarquait déjà que les exercices gymnastiques relèvent l'énergie morale des hystériques[7]. M. Pitres[8] exprime des idées du même

1. Forel, *Nervous and mental hygiene*, p. 325; cf. *Psychotherapy* de Parker, III, I, p. 31; III, II, p. 28.
2. Cf. la thèse de M. H. Aimé, *Étude clinique sur le dynamisme psychique*, Nancy, 1897; *Presse médicale*, 1897, p. 180.
3. Dubois (de Berne), *Les psycho-névroses*, 1904, p. 517.
4. Id., *Psychotherapy* de Parker, III, II, p. 31.
5. Lagrange, *Mécanothérapie*, 1899, p. 100.
6. Id., *Op. cit.*, p. 442.
7. Briquet, *De l'hystérie*, 1849, p. 113.
8. Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie*, 1891, II, p. 58.

genre ; M. Tissié parle du traitement des phobies par les exercices de la gymnastique suédoise[1]. Tous les auteurs recommandent à la plupart de ces malades des exercices en rapport avec leur âge et leur goût, les promenades à bicyclette, l'équitation, le canotage, la plupart des jeux de plein air et remarquent que ces exercices amènent le relèvement du moral aussi bien que l'augmentation des forces physiques.

Qu'il me soit permis de rappeler ici mes propres recherches sur la rééducation de la volonté et de l'attention. Dans une de mes premières observations, celle de Marcelle, j'indiquais déjà l'importance de ces traitements[2]. Mais je crois les avoir appliqués d'une manière plus complète dans une observation suivante, celle de Justine. Malgré la destruction de l'idée fixe principale, celle du choléra, la malade, en raison de sa suggestibilité et de sa faiblesse de synthèse mentale, retombait sans cesse dans une foule d'idées fixes nouvelles. Pour relever l'activité mentale j'ai essayé de soumettre la malade à une sorte de gymnastique de l'attention. Le travail mental ne put être obtenu sans provoquer des résistances et même des accidents assez graves, mais il ne tarda pas à produire des résultats intéressants[3]. A la même époque, je présentais cette éducation de l'effort et de l'attention comme un procédé essentiel dans le traitement de l'hystérie[4], pour lutter contre la suggestibilité et la faiblesse mentale. Malgré les difficultés considérables de ce genre de traitement, j'ai pu dans des circonstances favorables me faire aider par des parents des malades qui ont exécuté l'ordonnance d'une manière intelligente, j'ai pu faire faire aux malades d'une façon graduelle des études d'histoire, des traductions de langues étrangères, de la peinture, de la musique, etc., et j'ai obtenu dans bien des cas des résultats curieux et encourageants si bien que je regrettais à ce moment que les maisons où l'on place ces malades ne pussent pas être dans certains cas de véritables maisons d'éducation.

Dans mon livre sur « *les obsessions et la psychasténie* », 1903,

1. Tissié, *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Bordeaux, 1885.

2. Un cas d'aboulie et d'idées fixes. *Revue philosophique*. 1891 ; *Névroses et idées fixes*, 1898, I, p. 1.

3. Histoire d'une idée fixe, *Revue philosophique*, 1894 ; *Névroses et idées fixes* 1898, I, pp. 156, 195.

4. Traitement psychologique de l'hystérie, *Traité de thérapeutique* de M. A. Robin, 1898 ; *État mental des hystériques*, 2e édition, 1911, p. 676.

a propos de la prophylaxie de ces affections par l'éducation des enfants, je signalais l'importance des exercices musculaires et même des exercices jusqu'à un certain point dangereux. « Les enfants et les jeunes gens doivent apprendre et apprendre à leurs dépens à faire attention à la réalité, à surveiller les instruments qu'ils emploient et les mouvements qu'ils font. Le danger joue un rôle essentiel : quand il a été surmonté, il donne aux jeunes gens confiance en eux-mêmes, il remonte leur niveau mental par la satisfaction de la difficulté vaincue. Le fait de s'être trouvé en face d'un danger, dit très bien M. Marro, est pour l'organisme mental l'équivalent d'avoir résisté à une infection pour l'organisme physique, il crée en même temps un pouvoir définitif qui permet de résister à de nouveaux et plus graves dangers. Il faut de très bonne heure dans une foule de circonstances abandonner ces jeunes gens à eux-mêmes, les laisser se promener et voyager seuls. La nécessité les forcera à s'adapter aux circonstances, à devenir pratiques, ce qui est l'antidote du scrupule et des phobies [1]. »

A propos du traitement moral de la maladie confirmée, j'insistais sur la simplification de la vie, ce qui correspond aux études que nous avons faites dans ce livre à propos du repos, puis je consacrais une étude au relèvement de la tension psychologique par la rééducation de l'émotion. Il ne s'agit pas de l'émotion vague et élémentaire qui en dernier terme constitue l'angoisse de la phobie, mais de l'émotion plus précise en rapport avec les circonstances et bien appréciée par le sujet. J'insistais ensuite sur la direction des efforts et surtout sur le travail attentif. Le défaut d'attention joue dans cette maladie un rôle essentiel : c'est contre lui que l'on doit surtout diriger les efforts du malade... On peut choisir toute espèce de travaux intellectuels suivant l'âge et la situation sociale des malades en cherchant toujours à faire faire un travail qui intéresse au moins un peu et qui offre un peu de difficultés pour qu'il ne soit pas fait d'une manière trop automatique [2]. Il n'est pas difficile de constater que tous ces traitements qui font naître l'émotion sthéniqne, qui développent le travail, l'effort et l'attention ont pour caractère commun de déterminer des tensions psychologiques plus élevées et se rapportent à ce que nous avons défini sous le nom d'excitation.

1. *Les obsessions et la psychasthénie*, 1903, p. 686.
2. *Op. cit.*, p. 718.

A la même époque s'est développée une thérapeutique singulière qui me paraît peu connue, car je ne la vois que rarement analysée ou discutée, c'est le traitement de M. Vittoz (de Lausanne) qui se rattache à la fois aux études précédentes sur la nécessité de rééduquer l'attention et aux procédés des disciples de la « New thought » Américaine. On trouvera des renseignements sur cette thérapeutique dans un ouvrage de M. Vittoz qui résume des études déjà anciennes[1] et dans l'article de M. W. W. « Coups d'œil d'un malade sur la psychothérapie[2] ». Le malade est exercé à concentrer sa pensée régulièrement sur des objets déterminés. Pour y parvenir, il est assis, les yeux fermés, la main gauche sur son genou et il doit ne penser à rien d'autre qu'à cette main gauche : il essaye de se la représenter avec précision, de sentir sa présence quoiqu'elle ne bouge pas, de faire naître en elle par l'attention une petite sensation ; il continue ces efforts pendant 20, 30 secondes, puis pendant une minute entière. Ensuite il fixe de la même manière dans sa pensée son autre main, un pied, puis l'autre, etc.. Dans d'autres exercices il fixe sa pensée sur un chiffre, le chiffre 8, par exemple, sur sa forme, sur ses éléments, sans permettre à aucune autre pensée de le distraire, puis il passe au chiffre 2, 3 ou 4. « Vous effacez le 2 dans votre pensée, vous le remplacez par le 8, etc. » Pendant ce temps le médecin excite le malade à bien faire attention : « Vous lâchez votre cerveau, je m'en aperçois rien qu'en vous touchant le front. — Ce n'est pas ma faute, c'est mon cerveau qui me lâche. — Reprenez-le avec énergie.... Représentez-vous maintenant le mot « timidité » et remplacez-le vite par le mot « courage ».

Le malade qui a appris de la sorte à concentrer sa pensée sur des objets simples sait diriger sa pensée, l'écarter des obsessions, il sait oublier la douleur qu'il ressentait au genou en pensant au genou lui-même, il apprend à faire un acte mental avec attention et avec précision : « Tâchez de prendre des décisions fermes sur lesquelles il n'y ait plus à revenir même pour les petites choses de la vie, évitez l'indécision, la discussion avec vous-même. » Il cessera d'être distrait, de ne plus savoir où sont placés les objets qu'il cherche : la rééducation de la conduite pratique fera disparaître les phobies et les obsessions qui étaient des conséquences

1. Vittoz, *Traitement des psycho-névroses par la rééducation du contrôle cérébral*, 1910.
2. W. W., *Psychotherapy* de Parker, III, 4, p. 79.

de ce désordre. Les procédés de ce traitement semblent quelquefois bizarres mais le principe en est juste et profond.

Tout un groupe d'auteurs français répètent des idées du même genre, peut-être avec moins de précision et surtout sans essayer d'expliquer la technique de la rééducation. C'est là ce qui inspire le livre de M. J. Payot[1], c'est là l'objet des conseils excellents et quelquefois plus pratiques de M. de Fleury : « On peut tirer de réels avantages de nos défauts les plus antipathiques, vanité, jalousie, on peut changer en élément d'énergie créatrice l'idée fixe qui n'est qu'un vice de l'esprit... Il faut se garder de donner aux malades un objectif lointain, les névropathes paresseux sont atteints d'une sorte de myopie de l'âme qui ne leur permet de voir que le but tout proche... Il faut une série de corps à corps entre la volonté défaillante du paresseux et l'énergie morale de celui qui le soigne[2] ». MM. Camus et Pagniez croient volontiers qu'on apprend à vouloir « par la répétition des actes de volonté de plus en plus difficiles[3] ». M. Paul-Emile Lévy, qui est également optimiste, est convaincu qu'il va radicalement ruiner toutes les maisons de santé, supprimer l'isolement, la suggestion et toutes les thérapeutiques pénibles, par l'éducation de la volonté et de l'effort que tous les malades peuvent faire chez eux sous une bonne direction[4]. M. Grasset distingue une psychothérapie inférieure et une psychothérapie supérieure, sans que l'on sache très bien pourquoi, il aime, lui aussi, à appeler les traitements par la suggestion des traitements inférieurs, ce qui est un enfantillage. Mais il décrit très bien sous le nom de psychothérapie supérieure une éducation qui a pour but « la culture, l'accroissement, le perfectionnement de la volonté, la maîtrise de soi, l'unité morale du moi, de la personnalité normale et complète[5] ». MM. Déjerine et Gauckler, dans l'ouvrage où ils ont cherché à faire connaître les idées de M. Dubois (de Berne) sur l'éducation morale, répètent naturellement comme lui que « la personnalité doit être tendue vers un but à remplir, un idéal à satisfaire... que le malade ayant retrouvé un but cesse d'être un neurasthénique[6]...

1. J. Payot, *L'éducation de la volonté*, 1895. (F. Alcan.)
2. M. de Fleury, *Introduction à la médecine de l'esprit*, 1897, p. 262. (F. Alcan.)
3. Camus et Pagniez, *Isolement et psychothérapie*, 1904, p. 144. (F. Alcan.)
4. Paul Émile Lévy, *L'éducation rationnelle de la volonté, son emploi thérapeutique*, 1900. (F. Alcan.)
5. Grasset, *Revue des Deux Mondes*, septembre 1905, p. 373.
6. Déjerine et Gauckler, *Les psychonévroses*, 1911, pp. 424, 546.

que l'émotion réaction de la personnalité peut être sthénique quand elle agit dans le sens de la personnalité[1]... Il ne servirait à rien de fuir les émotions, le tout est d'apprendre à les juger, le jugement ne sera possible qu'autant que toute la personnalité du malade aura été orientée dans un sens monoidéiste, vers un but pratique, philosophique ou religieux[2] ». Dans tous ces écrits l'idée philosophique est la même, mais l'expression reste malheureusement vague et on a trop le sentiment qu'il s'agit là de formules oratoires vraies en général, mais difficilement applicables.

Tous ces écrits français sont assez connus, je préfère insister davantage sur un groupe de petits livres, publiés pour la plupart en Amérique, mais souvent signalés en France et qui me semblent dignes de retenir la curiosité. Ils se rattachent au courant d'idées que l'on a désigné sous le nom de « New thought movement ». Les études sur le traitement moral des maladies que l'on désigne sous ce nom sont issues en réalité de l'enseignement du fameux P. P. Quimby, le maître de Mrs. Eddy ; elles étaient tombées dans l'oubli et elles sont ressuscitées à cause du succès de la « Christian science » et en concurrence avec elle.

La « New thought publishing Cö. » a publié depuis quelques années une grande quantité de petits livres d'une apparence il est vrai peu scientifique, mais d'un caractère assez pratique et d'une inspiration morale fort élevée; beaucoup de ces petits livres sont traduits en Français et ils sont lus par les malades plus que par les médecins. Les titres de quelques-uns de ces ouvrages indiquent bien leur caractère et sont suggestifs : « Happiness and marriage ; Hygiene of the brain and the cure of nervousness ; Experiences in self-healing ; Training of children in the new philosophy ; The will to be well ; The power of silence ; The thought ; Joy law of mental medicine ; Your forces and how to use them, etc.. Je ne puis que signaler quelques noms et quelques idées dans cette vaste collection.

Les livres de M. Horatio W. Dresser et de M. Henry Wood sont cités par William James qui les estimait particulièrement[3]. Dans les livres de M. Hiram Jackson, de M. Richard J. Ebbard nous retrouvons encore l'hypnotisme et la suggestion entendus

1. Id., *Ibid.*, p. 319.
2. *Ibid.*, p. 544.
3. W. James, *The energies of man*, p. 85.

il est vrai d'une manière particulière et surajoutés à des conseils moraux. M. P. M. Heubner insiste peut-être davantage sur les efforts de la volonté dans son « Perpetual health, how to secure a new lease of life by the exercice of will power ». Les articles du Rev. Samuel Fellows publiés dans la psychotherapy de Parker (III, II, p. 79, III, III, p. 78) se rattachent à la même inspiration : il nous propose différents remèdes pour assurer le sommeil et il nous révèle : « comment vivre cent ans et être heureux. » Ces auteurs croient au pouvoir de la religion pour multiplier nos années, ils nous conseillent de maintenir devant nos yeux des exemples de longévité heureuse et de nous figurer que nous nous sentons plus jeunes tous les jours. Ces conseils sont excellents mais peut-être d'une exécution difficile.

M. Thomas F. Adkin a publié un cours sur la « vitæopathie ». « La vitæopathie, dit-il, telle que je la pratique, est une combinaison de magnétisme personnel, de thérapeutique magnétique et de thérapeutique suggestive... Du moment où je regarde un patient, je commence le traitement ; le regard que je lui envoie entre les deux yeux, la poignée de mains où je concentre ma volonté signifient : je puis vous guérir, je veux faire une bonne impression sur vous, et je me répète cette phrase tout le temps... En regardant ainsi à la racine du nez, en arrière de la base du cerveau, vous devenez fascinant et plaisant et vous faites la suggestion mentale : « Vous vous trouvez mieux, vous vous trouverez mieux d'heure en heure. » Ajoutez l'usage des passes, surveillez le timbre de votre voix, séparez les syllabes, ayez une haleine chaude, soyez toujours poli et encourageant avec vos clients : vous guérirez ainsi beaucoup de personnes en les encourageant à vivre et vous gagnerez beaucoup d'argent. » Cela est simple et naïf, mais cela indique bien le caractère général de cette médecine d'encouragement qui a le culte du succès.

M. William Walker Atkinson, co-directeur du « new thought magazine » a écrit un livre sur « la force-pensée, son action et son rôle dans la vie, Leçons graduées sur le magnétisme personnel ou subjectif, influence psychique, concentration, volonté, science mentale pratique. » « Ce petit livre, dit l'auteur, est destiné à faire connaître à chacun les forces secrètes qu'il renferme, il sera un manuel d'énergie, il enseignera la volonté, éduquera le caractère... : Voulez-vous être énergique, que votre pensée soit énergie, voulez-vous être courageux, que votre

pensée soit courage... Dites avec force : « je veux être ceci ou cela » ; ne dites plus : « je ne puis ». Vous pouvez tout, il suffit de le vouloir bien. On n'arrive pas au succès, à la fortune par l'intelligence pure, il faut toujours faire appel à la volonté pratique. » Mais, dira-t-on, la force de la volonté est très inégale chez les divers individus. Peu importe, il faut la développer en vous, il faut arriver à croire en soi, à avoir conscience de son moi. Pour y parvenir il faut faire des exercices déterminés qui demandent l'effort de concentration de la pensée sur un objet particulier. Par exemple, un exercice consiste à concentrer votre pensée sur un individu qui se promène devant vous : « que sa nuque soit votre point de mire, et travaillez à le faire se retourner par l'effet de votre pensée. Pensez fortement que vous voulez que cet individu regarde autour de lui dans votre direction. Figurez-vous pour cela que cet individu est à l'extrémité d'un tube qui part de votre œil, arrivez à imaginer une forme concrète de ce tube. » Dans un autre exercice « pour développer le moi, il faut se le figurer sous une forme concrète : il faut imaginer qu'une enveloppe le protège, l'isole, que nulle force ambiante, nulle action extérieure ne peut s'exercer sur lui, et le déterminer dans un sens ou dans l'autre... » Pour développer la volonté « il faut se placer dans des conditions de calme et de repos, se détendre complètement, se mettre dans l'immobilité, pendant cinq ou dix minutes, respirer profondément et lentement, concentrer l'attention sur soi-même et se répéter sans cesse : « je suis sans crainte, je veux rester sans crainte... je veux me débarrasser de la crainte, je la somme de disparaître. » Fixez la forme graphique de ces deux mots : « sans crainte » analysez cet état d'un homme sans crainte, répétez ces mots très souvent. »

Nous retrouvons des idées et des pratiques du même genre dans le petit livre de M. X. Lamotte Sage, qui a pour titre : « Le magnétisme personnel, Cours supérieur de thérapeutique suggestive », New-York, 1902. Malgré le titre il n'est pas du tout question de magnétisme ni de suggestion : l'auteur, je ne sais pourquoi, appelle « Magnétisme personnel » l'influence qu'un homme peut exercer sur un autre pour l'amener à ses fins, ce que l'on appelle d'ordinaire « être sympathique, être séduisant, être dominateur », il l'appelle être magnétique.

« Il existe, nous dit-il, une influence subtile et invisible qui se dégage d'une volonté ferme et forte et qui contrôle les autres

bien plus que toutes les paroles ne peuvent le faire. Décidez chaque jour d'avoir une volonté forte et décidez de contrôler autrui par votre volonté..., décidez de réussir » (p. 26). Il est possible de développer en soi un « magnétisme personnel » assez fort pour devenir magnétique à environ 95 pour 100 des personnes avec qui l'on vient en contact, et l'acquisition de ce magnétisme personnel est la chose du monde la plus importante puisqu'elle vous donnera la santé, l'influence, le bonheur et la richesse. Pour parvenir à cette puissance on doit faire certains exercices préparatoires : les uns consistent en exercices respiratoires, les autres en méditations dans la solitude. Mais il faut surtout écrire en gros caractères, apprendre par cœur et répéter sans cesse certaines phrases importantes sur lesquelles on fixe sa pensée en se couchant et en se réveillant. Voici quelques-unes de ces maximes : « J'ai réussi, je réussirai, il faut que je réussisse, rien ne peut m'empêcher de réussir, je ferai un succès de ma vie, je ne veux pas faiblir... Ma volonté est forte, personne ne peut résister à mon influence, je puis contrôler autrui ; ils m'aimeront tous et feront tout ce que je désire qu'ils fassent, je les forcerai à m'aimer... Je me contrôlerai moi-même, je ne me découragerai jamais, je ne serai jamais morose, ni timide, etc. » « Si vous faites régulièrement ces exercices, ils développeront positivement votre volonté à un point qui vous surprendra ; ils paraissent innocents par eux-mêmes, mais prolongés ils produisent des résultats merveilleux. » Au dernier moment avant d'aller chez une personne avec qui on a affaire : « Pensez tout le temps à la personne que vous désirez contrôler, décidez fortement qu'elle ne pourra vous désobéir, qu'elle fera selon votre désir, qu'elle fera cette vente ou qu'elle vous achètera cet article spécifié. Allez la trouver avec ces suggestions fortement incrustées dans votre esprit, vous serez en sa présence une puissance pratiquement irrésistible. Cette énergie, cette confiance en vous-même, il faut l'avoir à tout moment, même en donnant une poignée de main, elle manifestera votre volonté et vous rendra magnifique. »

Tout cela est bien Américain, c'est un traitement de la dépression par l'affirmation constante de l'énergie. J'ai été étonné de constater récemment que ces petits livres ont été lus à Paris par des malades à l'affût de tout ce qui leur promet cette énergie qu'ils n'ont pas. Des femmes du peuple qui venaient à la Salpê-

trière croyaient bon de porter sur elles des petits papiers où étaient écrits en grosses lettres les formules qu'elles répétaient : « Je suis forte, très forte, ma volonté sera très forte devant les hommes et ne sera nulle que devant Dieu ; personne ne peut résister à mon influence, je suis décidée à réussir, je suis sûre de réussir. » Je dois ajouter, hélas ! qu'il s'agissait de pauvres femmes déprimées et horriblement timides qui ne réussissaient rien du tout.

Le dernier livre de cette collection que je désire signaler est le cours de Magnétisme personnel de M.V. Turnbull : il contient une conception psychologique particulièrement intéressante sur le désir et sur les ressources énergétiques que les désirs peuvent procurer si on sait les utiliser. Le désir sous toutes ses formes est un courant mental chargé de puissance. Lorsque vous cédez au désir vous gaspillez de la force et vous diminuez par conséquent votre puissance d'attraction, vous déchargez le magnétisme que vous auriez dû garder en réserve. La force du désir se manifeste dans un grand nombre de courants mentaux, tels que l'impatience, la colère, la prodigalité, le laisser aller, la vanité surtout : ce dernier courant est celui qui affaiblit le plus et celui qui se dissimule partout.

Quand vous sentez un courant de désir, refusez de le satisfaire ; par un effort conscient de votre volonté vous arrêtez la décharge affaiblissante et en même temps vous créez un état d'attraction qui existera aussi longtemps que ce désir ne sera pas satisfait. Par exemple, vous sentez le désir de faire quelque chose qui donne une idée de votre importance, de vos talents, de votre supériorité, c'est le désir de l'approbation. Ce désir vous pousse à agir contre votre volonté, votre jugement, votre bon goût. C'est un courant mental dont vous pouvez tirer parti au lieu de le laisser décharger avec un éclat trompeur comme l'étincelle de la machine statique. Réprimez à chaque instant votre désir de l'approbation, vous éprouverez un sentiment croissant de dignité et de puissance..... A ce point de vue, rien n'est important comme le secret : quand vous savez une nouvelle gardez le silence. « Le secret est une unité de magnétisme mental mis en réserve dans la batterie de votre cerveau. Ce secret gardé produit une force qui en attire une autre comme l'argent mis à la banque produit des intérêts : plus de secrets gardés, plus de forces de réserve..... La tentation quelle qu'elle soit est un bien-

fait déguisé, emmagasiner sa force en soi-même c'est augmenter sa batterie de réserve mentale et son magnétisme personnel. N'exposez donc pas vos griefs, ne cherchez ni la sympathie, ni la flatterie, découvrez la force qui agit dans tous les désirs et appropriez-vous cette force. »

Il y a là à mon avis des réflexions très remarquables sur le budget mental, nous aurons à les discuter plus tard et à en montrer l'importance. Tous les écrivains de ce groupe présentent, peut-on dire, les mêmes défauts et les mêmes qualités. Ils ont évidemment beaucoup d'exagération et de naïveté, ils n'ont aucune précision ni psychologique, ni clinique et ils ne donnent aucune observation qui permette de contrôler leurs affirmations. Mais il n'en est pas moins vrai qu'ils ont un sentiment assez net de ces forces latentes dont parlait William James et qu'ils font appel d'une manière intéressante à l'excitation psychologique comme au traitement essentiel des dépressions.

D'autres écoles ont été également encouragées par le succès de la « Christian science ». La théosophie que je regrette de ne pouvoir étudier ici d'une manière plus complète a souvent exprimé des idées du même genre sur la guérison de toutes nos faiblesses, comme on peut le voir dans le livre de Mme Annie Besant, » le pouvoir de la pensée, sa maîtrise et sa culture », 1907.

D'autre part nous trouvons en Amérique tout un groupe de médecins et de psychologues, tout à fait indépendants de ces différentes sectes qui ont étudié les mêmes problèmes d'une manière plus scientifique et plus clinique. Il serait possible de réunir ces nouveaux conseils thérapeutiques sous le nom de « work cure » proposé par M. R.-C. Cabot et des opposer au « rest cure » autrefois en honneur à Philadelphie.

M. Philipp Coombs Knap (de Boston) constatait déjà en 1897 que le meilleur moyen de guérir des travailleurs atteints de névroses traumatiques était de les maintenir le plus possible et le plus tôt possible à leur travail au lieu de les faire reposer indéfiniment comme on avait trop de tendance à le faire. M. Schwab (de Saint-Louis) constate chez ses malades névropathes « le besoin d'existence sociale, le besoin d'affaires sérieuses dans la vie, le besoin d'un idéal en dehors de leurs souffrances ». Il a essayé de réunir quelques-uns de ces malades, de les occuper, de les intéresser même à de petits travaux litté-

raires, d'organiser leur vie et dans bien des cas la dépression et le sentiment de fatigue perpétuelle ont disparu. M. Lewellys F. Barker (de Baltimore) veut surtout faire appel dans le traitement des névropathes à l'intérêt, à l'attention et à l'effort, et il insiste sur le bon effet des émotions stimulantes. « Nous avons moins à chasser le tracas « worry » et le désespoir. qu'à cultiver la foi, l'espérance et l'amour. Les émotions joyeuses sont le plus puissant stimulant du corps et de l'esprit. La thérapeutipue par les émotions a un avenir important devant elle[1]. »

M. Morton Prince (de Boston) a réuni dans un petit volume très intéressant auquel nous avons déjà fait beaucoup d'emprunts les opinions de plusieurs des médecins psychologues qui se sont intéressés à la psychothérapie[2]. Il a écrit comme préface à ce recueil une remarquable étude sur « les principes psychologiques et le champ de la psychothérapie » dans laquelle il montre que la thérapeutique psychologique doit s'élever au-dessus des procédés usuels de suggestion et de repos ; « le point de vue, les attitudes de l'esprit, les croyances peuvent être modifiées par l'introduction de nouveaux points de vue, de données ignorées du malade et tirées de l'expérience plus large du métier, par des renseignements sur la signification des symptômes et sur leurs causes, par la suggestion d'attentes qui peuvent être réalisées, d'ambitions qu'on peut légitimement entretenir, de devoirs trop longtemps négligés, de confiances, d'espoirs, et par-dessus tout par la suggestion d'émotion de joie qui se développe avec le succès et qui donnent une vue d'une vie nouvelle[3]. » Dans le même recueil signalons une étude de M. Boris Sidis qui se place plutôt au point de vue philosophique pour rappeler certains principes de W. James que nous avons résumés. Le même auteur nous avait déjà montré l'intérêt des états qu'il appelle hypnoïdes au point de vue de la suggestion, il nous montre ici que ces mêmes états permettent d'éveiller les forces cachées ; « on atteint ici des réserves d'énergie qui donnent lieu à de nouvelles synthèses. Comme James l'a dit, l'individu utilise beaucoup moins d'énergie qu'il n'en a actuellement à sa disposition. Plus l'organisation est élevée et complexe, plus il est indispensable qu'il y

1. Lewellys F. Barker, *On the psychic treatment of some of the functional neuroses*, 1906.
2. Morton Prince, *Psychotherapeutics, a symposium*, 1910.
3. Id., *Op. cit.*, p. 35.

ait des réserves d'énergie. Nous devons desserrer les freins pour savoir utiliser ces provisions de réserve... Le malade aura ainsi un sentiment de force, une lumière merveilleuse illuminera sa vie, un flot d'énergie amènera une transformation, une nouvelle vie [1]. »

N'oublions pas le grand rôle joué avec tant d'autorité par le prof. J.-J. Putnam (de Boston). On trouvera l'expression de ses idées dans ses conférences à l'institut Lowell, mars 1906, dans ses considérations sur la thérapeutique mentale [2], dans ses articles de la psychotherapy de Parker, « la psychologie de la santé (I, III, p. 37), la philosophie de la psychothérapie (III, III, p. 13), l'épuisement nerveux (III, II, p. 5) ». Lui aussi demande des efforts et du travail, car « le meilleur préservatif des névroses est une éducation systématique qui apprenne à distinguer la vraie et la fausse fatigue, qui donne une juste estimation de nos forces ». Les sacrifices, les responsabilités, les efforts pour se discipliner, les efforts pour faire des progrès mentaux donnent une vue plus compréhensive de la vie, conduisent à la santé physique et morale. Il est surtout important de se sentir en relation avec d'autres esprits, de savoir que l'on travaille pour les autres, que l'on travaille aux œuvres sociales. M. Putnam décrit une tentative curieuse faite par le Massasuchet's general hospital pour établir des relations sociales entre les malades névropathes, pour les encourager à se réunir, à faire des efforts en commun, à se communiquer de l'enthousiasme ; les succès de la « Christian science » dans cette voie nous montrent la valeur du procédé.

Enfin M. Putnam essaye de communiquer son propre enthousiasme pour les études philosophiques, il veut combattre les doctrines matérialistes et pessimistes, il veut montrer que les notions scientifiques et philosophiques sur l'évolution sont capables de nous donner de grands espoirs. Les troubles nerveux si fréquents aujourd'hui ne continueront pas à se développer et le prochain siècle aura une vie mentale plus stable que la nôtre. Comme le disait déjà F.-W. Myers les troubles nerveux ne sont pas toujours l'indice d'une dégénérescence, ils révèlent quelquefois les efforts d'une adaptation nouvelle.

1. Boris Sidis, The psycho therapeutic value of the hypnoïdal states. *Symposium* de Morton Prince, pp. 129, 132.

2. J. J. Putnam, Considérations sur la thérapeutique mentale. *Études du département de neurologie de Harward medical school*, I, 1906.

Il est intéressant pour montrer à quel point ces idées sont répandues de les retrouver exactement les mêmes dans le petit livre de M. Alfred T. Schofield [1]. Les éléments principaux de la guérison sont l'accroissement de l'espérance, la foi, la gaieté, l'activité, le travail mental ; les bons remèdes ont été dans tous les temps, la sympathie religieuse, l'altruisme, la philanthropie, l'ambition. « Le meilleur médecin des maladies nerveuses, disait Coleridge, c'est celui qui sait le mieux inspirer l'espoir. »

M. R.-C. Cabot mérite d'être considéré comme l'un des représentants principaux du « work cure ». Il a publié à ce sujet une série d'articles remarquables dans la « psychothérapy » de Parker, « Usage et abus du repos (II, II, p. 32), traitement par le travail, work cure (II, II, p. 24), analyse et modification du milieu (III, III, p. 9) ». Nous avons déjà vu que cet auteur luttait contre le traitement par le repos excessif et qu'il le considérait comme un appauvrissement. Nous avons signalé, à propos des études sur l'isolement, ses remarques sur l'influence du milieu et sur les malajustements de la famille. « Le repos et la paix, dit-il, viennent plus souvent par la réforme de la vie que par le sanatorium. »

Mais l'essentiel est sa conception de la paresse et du travail : les craintes maladives du névropathe, ses préjugés sur son estomac, son bavardage et ses troubles sexuels viennent de ce qu'il n'a pas assez à faire. Il est un temps où les garçons ont besoin d'avoir quelque chose de dangereux à faire, leur vie éclate si nous voulons la mettre en bouteille. Nous voyons la décadence des hommes actifs quand ils prennent leur retraite et la rapide détérioration de la santé quand on abandonne le travail qui est un de nos supports naturels. Des maladies nerveuses apparaissent chez la femme de 40 ans parce que ses enfants sont grands, qu'elle n'a plus à s'occuper d'eux et qu'elle ne sait pas faire autre chose. Pour guérir les nerveux, il faut les jeter dans le courant de la vie, dans le travail qui leur fera oublier leurs propres sensations. Le travail distrait du malheur même ; une femme immédiatement après la mort de son mari fut obligée de prendre la direction d'affaires importantes, non seulement elle put supporter ses malheurs, mais elle se sentit obligée de convenir que sa nouvelle vie était beaucoup plus heureuse que l'ancienne. Le travail fournit du succès et l'expérience du succès est l'une des plus heureuses

1. Alfred T. Schofield, *Nervousness, a brief and popular review of the moral treatment of disordered nerves,* London, 1910.

et des plus capables de guérir le névropathe. Il faut s'efforcer de trouver pour le malade un travail qui lui rapporte des bénéfices, car un travail rémunéré est celui qui a les meilleurs effets. Enfin le travail a des effets sociaux, il permet de connaître ceux qui travaillent avec vous, il rapporte de la camaraderie et souvent de la gaieté. Il procure le sentiment de liberté et de responsabilité. il transforme même les aliénés, comme on l'a observé dans la colonie de Gheel[1]. Il faut chercher dans la vie antérieure du malade des éléments de direction et de réorganisation ; l'œuvre médicale serait incomplète si le médecin ne s'occupait que de l'accident présent et ne cherchait pas à préparer l'avenir de ceux qu'il dirige.

Malgré l'intérêt des études précédentes dont plusieurs sont remarquables, la lecture de ces programmes de traitement laisse une impression assez trouble et l'on ne peut s'empêcher de demander s'il ne s'agit pas de compositions philosophiques ou morales plutôt que de recherches médicales. Sommes-nous bien loin de la moralisation de M. Dubois (de Berne) dont beaucoup de ces auteurs se réclament justement ? Certains progrès me semblent cependant manifestes ; ces auteurs me paraissent bien comprendre une notion que nous avons peut-être contribué à établir, c'est que les troubles névropathiques et même la plupart des troubles mentaux dépendent d'une altération fondamentale de l'activité. Il ne s'agit pas proprement d'un trouble de la sensibilité, de la mémoire ou du raisonnement, mais de troubles des fonctions de synthèse, de l'appréhension du réel, de la tension psychologique. On essaye d'y remédier non par des raisonnements, ni même par la moralisation proprement dite, mais par l'exercice des fonctions les plus élevées, par des émotions sthéniques, par des excitations en un mot. Ce que l'æsthésiogénie prétendait faire d'une manière plus précise peut-être, mais beaucoup plus limitée, ces auteurs essayent de le faire d'une manière plus générale et plus pratique. Ils essayent de pénétrer dans le champ de l'excitation que l'æsthésiogénie nous a ouvert.

Il n'en est pas moins vrai que ces études, à leur début, sont insuffisantes. Au point de vue psychologique elles ne fournissent guère d'indications précises sur ce phénomène de l'excitation

1. Cf. Fr. Meen, *Compte rendu du Congrès d'Amsterdam*, 1907, p. 795.

qu'elles prétendent utiliser, elles parlent de forces en réserve sans indiquer leur nature, leur importance, la, manière de les mobiliser, elles parlent d'émotions sthéniques sans expliquer ce qui les distingue des émotions dépressives bien plus banales. Il est très difficile de tirer de ces études une description psychologique de l'excitation. Au point de vue clinique, le médecin n'est pas satisfait : « les véritables malades, dit-il, nos déprimés périodiques, nos psychasténiques en crise le doute sont parfaitement incapables de cet effort, de cet espoir, de cette foi qui soulève les montagnes ; c'est précisément cette incapacité qui constitue leur maladie. Vous leur répétez qu'ils seront sauvés s'ils croient et s'ils espèrent, c'est une vérité de La Palice. Vous prétendez leur donner ces belles vertus par l'exercice, mais ils sont incapables d'être entraînés. Les sujets auxquels vous vous adressez sont des oisifs qui s'ennuient et non de véritables malades. Si quelques-uns ont été des malades, vous avez assisté à leur guérison parce qu'ils étaient déjà à la fin de leur crise. » Ces réflexions sont malheureusement assez justes et il me semble difficile de dissiper cette mauvaise impression.

C'est pourquoi je ne puis tirer de cette historique une interprétation du traitement par l'excitation comme je l'ai fait pour les traitements précédents. Il me semble nécessaire de revenir auparavant sur certaines études cliniques qui pourront peut-être sur certains points compléter les précédentes.

2. — Les excitations accidentelles au cours des dépressions.

Le problème que soulèvent toutes ces tentatives thérapeutiques, c'est le problème de l'excitation et même de l'excitation artificielle déterminée par le médecin. Avant de l'aborder il serait bon d'avoir quelques éclaircissements sur l'excitation naturelle qui se présente au cours de l'évolution des maladies nerveuses. Nous sommes obligés de revenir sur cette étude des oscillations du niveau mental dont j'avais déjà signalé l'importance, il y a une dizaine d'années[1].

L'évolution naturelle des maladies mentales nous présente un fait fort remarquable sur lequel on ne saurait trop réfléchir, c'est

1. *Obsessions et psychasténie*, 1903, I, p. 525543.

la guérison spontanée. Sans doute certains individus, une fois tombés, ne se relèvent jamais, chez eux la tension psychologique s'abaisse de plus en plus et on assiste avec tristesse à une décadence lentement progressive. C'est là ce qui a donné naissance à la conception de l'hébéphrénie, de la démence précoce. Il s'agit de malades ordinairement jeunes, surpris par la dépression de la tension psychologique en pleine période de formation : la dépression chez eux devient rapidement profonde et entrave le fonctionnement non seulement des tendances les plus élevées et les plus récentes mais encore des tendances les plus élémentaires et les plus anciennes. Ils passent rapidement de la dépression psychasténique avec doutes et obsessions, aux délires asthéniques avec entêtements et négativismes, puis aux démences asthéniques avec impuissances complètes, qui deviennent vite irrémédiables. En dehors de ces maladies très spéciales, il est également vrai que certains sujets après être tombés rapidement dans un état de dépression psychasténique semblent n'en jamais sortir et rester toujours à ce même niveau. J'ai décrit autrefois le cas de Boa., f. 20, comme un type de psycholepsie, car cette jeune fille était entrée brusquement dans la dépersonnalisation et dans les doutes à la suite de la lecture d'un article de journal. Cette malade, douze ans après, me semble être restée dans un état presque semblable à celui où je l'ai vue au début et je pourrais citer une dizaine de cas analogues. Ce sont là des faits plutôt exceptionnels, car chez la plupart des malades les dépressions se présentent sous la forme de crises qui ont une terminaison comme elles ont un début.

Ces malades, dira-t-on, retombent toujours. Cela n'est pas absolument certain : nombre d'individus ont eu une grande crise de dépression dans leur jeunesse et ne sont pas retombés. Les autres retombent-ils fatalement? C'est possible dans certains cas, quand par suite de l'évolution de la maladie après bien des rechutes, par suite du développement d'un automatisme mal connu la périodicité est devenue un élément de la maladie elle-même. Mais ces remarques qui s'appliquent à certaines formes, à l'ancien délire circulaire par exemple, ne doivent pas être étendues à tort et à travers à toutes les dépressions quelles qu'elles soient. La plupart des malades sont des fragiles, des dépressibles et non des périodiques : ils ne retombent que lorsqu'ils rencontrent de nouveau des causes de chute analogues à celles que nous avons

étudiées. Tout ce que l'on peut dire c'est que bien des choses deviennent pour eux des occasions de chute. Ils n'en ont pas moins été guéris et ces rechutes plus ou moins fréquentes ne suppriment pas l'importance du fait essentiel, c'est que leur niveau mental a pu se relever.

Quand on étudie ces relèvements on appelle d'ordinaire « guéson » de la crise ceux qui se prolongent un certain temps, un an par exemple et on n'accorde pas d'importance à ceux qui ont eu une courte durée, un mois ou seulement quelques jours. Cela n'est pas bien correct, car la rechute dépendant souvent des circonstances, c'est en grande partie le hasard qui détermine la durée des bonnes périodes. Il est bien vraisemblable que les élévations momentanées au cours de la maladie et les élévations à peu près définitives à la fin de la crise sont de la même nature, il faut s'intéresser aux unes et aux autres. Nous avons montré autrefois que l'on constate de ces « instants clairs » à toutes les périodes de la maladie, quoiqu'ils soient plus fréquents au début et à la fin des grandes crises de dépression. « A plusieurs reprises, disait Claire, la lumière cessait tout d'un coup de s'éloigner, elle se rapprochait de moi, je ne sais pourquoi, alors je me trouvais ridicule, je savais bien que je n'avais pas mal fait, je cessais de me tourmenter. Il me semblait que je remontais, c'était un sentiment de confiance en Dieu, d'espoir qui me revenait... Cependant je ne suis revenue que deux fois à la lumière complète, ce souvenir-là m'a soutenue longtemps, il me montrait le chemin...[1]. »

Quand ces ascensions sont rapides elles ressemblent à une sorte d'ivresse passagère et elles donnent naissance à des sentiments curieux d'exaltation et de bonheur ineffable, analogues, mais de sens inverse aux sentiments d'incomplétude des scrupuleux. J'ai déjà décrit beaucoup de faits de ce genre[2], en voici quelques nouveaux exemples. Rb., f. 28, qui depuis dix mois déjà se plaint d'un sentiment continuel de dépersonnalisation, qui s'interroge constamment avec angoisse pour savoir « si elle n'est pas transformée en quelque autre personne infecte et qui médite constamment sur la mort » s'étonne elle-même de ces améliorations subites qui surviennent au cours d'un traitement par le

1. *Obsessions et psychasténie*, I, p. 528.
2. *Obsessions et psychasténie*, I, p. 380.

repos et l'isolement : « C'est drôle, tout à coup je suis moi, je reconnais le timbre de ma voix, mes inquiétudes ont disparu, j'ai la confiance, la paix du cœur, j'ai même du toupet... » Noémie tourmentée depuis un an par ses obsessions de la mort retrouve pendant un moment le calme et le bonheur : « J'ai été guérie tout d'un coup, la mort n'existait plus... j'ai ressenti une grande exaltation, une surabondance de vie. Mardi matin, à propos de rien, du beau soleil peut-être ou de quelque idée rose, cela m'a fait chanter une heure entière, et m'a donné des idées d'embrasser tout le monde, d'aimer tout le monde, et de crier cette affection enthousiaste... » Quand ces exaltations sont trop grandes, elles semblent, comme nous l'avons déjà remarqué, épuiser les forces du sujet et devenir elles-mêmes une des causes de la dépression consécutive. Dh,, jeune fille de 22 ans, a des sentiments de bonheur de ce genre et des ivresses de joie qui lui font du mal : « Il y a dans ces joies une intensité de sentiment qui me cause une douleur au cœur... La visite d'une de mes amies m'a causé tant de joie que j'ai été bouleversée, le lendemain encore je ne pouvais plus me tenir, je ne pouvais plus parler et toutes mes idées noires étaient revenues. »

Nous pouvons remarquer en passant que ce sont des faits de ce genre sur lesquels ont été fondées les singulières théories religieuses de la conversion auxquelles William James attachait tant d'importance. Il est probable que les prétendus convertis dont il parle et dont il décrit les sentiments extatiques étaient tout simplement des déprimés méconnus qui, au cours de cérémonies religieuses, sous des influences quelconques présentaient des phénomènes d'excitation plus ou moins durable et des sentiments de joie ineffable. Si ces faits ne sont pas importants pour la théologie, ils restent, à mon avis, très importants pour la psychiatrie.

Quelques-unes de ces élévations doivent être en rapport avec des faits que nous avons déjà étudiés, des repos, des liquidations, des économies qui se sont faites le plus souvent à l'insu du médecin. Mais bien souvent il en est autrement et nous sommes forcés de constater que ces transformations ont été déterminées par des circonstances qui ont obligé le sujet à une action et à une dépense ; ce qui est vraiment assez étrange, c'est que ces circonstances et ces actions semblent au premier abord être exactement les mêmes qui nous ont paru précédemment des causes évidentes de fatigue et de dépression. Il y a là quelque chose de

paradoxal qu'il est nécessaire de mettre en évidence en disposant les observations d'excitation dans le même ordre que précédemment les observations de dépression.

Les cérémonies religieuses. — Quand nous avons passé en revue les diverses circonstances dangereuses de la vie, nous avons noté au début que la première communion et les pratiques religieuses créaient chez beaucoup d'enfants et d'adultes des doutes, des scrupules et des mélancolies. La constatation opposée est trop facile, elle est déjà contenue dans les études de William James auxquelles je viens de faire allusion et qui nous montrent tant de guérisons de maladies nerveuses par des conversions ou des cérémonies religieuses. Je n'insiste pas ici sur des cas que j'ai recueillis où la guérison a été amenée par l'entrée au couvent car ici les influences en jeu sont plus complexes ; je rappelle seulement que j'ai vu bien des enfants ou des adultes reprendre courage et se relever rapidement à la suite d'un sermon, d'une confession ou en reprenant des pratiques religieuses abandonnées depuis longtemps. Le fait est le même pour toutes les religions et, il faut bien le dire, pour toutes les superstitions. J'ai constaté dans quatre cas l'influence bienfaisante des croyances et des pratiques du spiritisme ; une femme hypocondriaque, autoritaire, persécutée a été transformée pour son plus grand bénéfice et pour celui des siens quand elle a été introduite dans un petit cénacle de théosophes. Ces malades guéris par la religion sont naturellement en petit nombre dans les observations des médecins, ils doivent être beaucoup plus nombreux dans la clientèle des prêtres ou des pasteurs.

Les salons, les réunions mondaine. — Les fréquentations sociales, les réunions de la vie mondaine qui donnent naissance si fréquemment à toutes les maladies si nombreuses de la timidité rendent de grands services à beaucoup d'autres. J'ai raconté autrefois comment Jean a été transformé pendant quinze jours par un dîner un peu cérémonieux où je l'avais forcé à se rendre. Sb., f. 27, aboulique et phobique, poursuivie par la crainte folle de s'étrangler en avalant des mouchoirs ou des coussins n'a plus aucune peur de ce genre « dans une société où l'on s'amuse un peu ; je ne suis bien que chez les autres et tout reprend quand je

suis chez moi. » Lydia a guéri jadis d'une grande crise de dépression la veille « d'un grand bal où il fallait être brillante » ; récemment elle est sortie d'une autre crise très grave pour prendre part à des réceptions en l'honneur d'une jeune fiancée. Bs. a besoin de dîner en ville pour pouvoir dormir et Héloïse est transformée par l'organisation d'un grand dîner. Ces faits nous permettent de comprendre pourquoi tant de psychasténiques ont l'amour de la ville et l'horreur de la campagne.

Les écoles, les examens. — Le travail intellectuel est loin d'être toujours nuisible. Un artiste peintre de talent, Rv., h. 40, arrête une crise de dépression en se remettant au travail malgré sa fatigue et malgré ses maux de tête qui augmentent au début du travail. Tb., f. 20, sait arrêter elle-même des crises de doute et de scrupules qu'elle reconnaît bien en se remettant à l'étude. Kx., f. 26, malgré son épuisement et ses phobies se fait porter à des concerts ou à des conférences, et souvent arrive ainsi à échapper à ses angoisses « qui auraient été bien plus fortes et qui dureraient encore si j'étais restée à me reposer[1] ».

Les examens mêmes qui paraissent si effrayants et qui semblaient responsables de tant de dépressions ne méritent pas toujours leur mauvaise réputation : « Jamais je ne suis aussi bien que pendant les périodes d'examens ; un jour d'examen a toujours été pour moi le plus beau jour de ma vie, car je n'ai plus alors aucun scrupule, répète Ud., h. 25. Après un examen, je suis ordinairement guéri pour plusieurs semaines. » Une jeune fille de 26 ans, Bkn., ne peut se consoler de ce que la période des examens soit finie pour elle : « J'étais bien plus heureuse quand j'avais des examens à passer, cela m'empêchait d'être malade et me faisait tant de bien. »

Les vacances, les voyages, les sports. — Malgré les observations précédentes il faut reconnaître que les voyages et les vacances ont été favorables à bien des malades. Bien des crises de dépression chez des universitaires en particulier se terminent au mois d'août, période des vacances. Wkx., h. 29, est en général bien mieux pendant ce mois qu'il passe avec des amis dans une ville d'eaux : « Le voyage me donne une distraction qui change mes

1. Cf. *Obsessions et psychasténie*, I, p. 532.

préoccupations habituelles, je ne marche que par des excitations. »

Les sports de différente espèce déterminent tous de la fatigue et par conséquent ils devraient être considérés comme très dangereux par tous ceux qui attachent une si grande importance à la fatigue dans la détermination des dépressions. Cependant il est évident dans plus de vingt observations que les mouvements et même des exercices violents ont une influence des plus salutaires. De grands obsédés comme Lise remarquent très bien « que le mouvement diminue les idées fixes et que l'immobilité et le repos sont dangereux[1] ». L'équitation, le canotage, la bicyclette arrêtent des ruminations et des angoisses. Emma, dans ses désespoirs d'amour après des ruptures, escalade des rochers ou bien « a des rages de bicyclette » et elle ne s'en trouve pas plus mal, au contraire. Ms., f. 35, ne se rétablit qu'après de grandes marches, Tt., h. 30, arrête ses crises de dépression par des voyages en automobile, « le travail de la direction d'un automobile qui semble si fatigant est ce qui me repose le mieux. »

Les professions. — Le travail professionnel a été continué par beaucoup de malades au milieu de la crise de dépression : je ne suis pas certain qu'il l'ait aggravée, au contraire j'ai constaté dans bien des cas qu'il l'a diminuée et qu'il a contribué à la guérir. Wkx. se plaint que son travail de journaliste l'ait quelquefois rendu malade, c'est possible ; il oublie de rappeler les nombreuses circonstances que j'ai notées où sa profession l'a soutenu et encouragé où « elle lui a procuré de petits succès qui l'ont transformé pendant des mois ». Byc., h. 50, sait fort bien « que jamais il n'a été aussi bien rétabli qu'au moment des grands coups de collier où il peut faire l'ouvrage de dix personnes ». En face de l'observation de Daniel si désorienté dans le métier militaire, je pourrais placer vingt autres observations toutes contraires où l'influence bienfaisante du métier militaire est très évidente. Mais c'est un point particulier sur lequel je reviendrai à propos de la direction morale.

Les changements. — Une des contradictions les plus curieuses nous est fournie par les déménagements et les changements dans

1. *Obsessions et psychasténie*, I, p. 530.

la manière de vivre et dans la profession. Aux six observations que j'ai rapportées dans lesquelles le déménagement a été le point de départ de dépressions graves, je dois opposer six autres observations tout aussi démonstratives dans lesquelles le déménagement a amené la guérison. « Il suffit, répètent plusieurs malades, que je change de milieu et d'habitudes pour avoir moins d'obsessions et même moins de troubles intestinaux. » Cette dernière remarque me rappelle plusieurs observations où les entérites muco-membraneuses si fréquentes chez les déprimés cessent comme les migraines pendant les voyages et les changements de milieu.

L'excitation causée par les changements est très nette chez les douteurs qui retrouvent à ce moment le sentiment du réel : Quand Zb., f. 23, rentre dans sa famille après une absence elle reconnaît ses parents comme réels, ce qu'elle ne faisait plus jamais pour personne. Son frère qui était très malade l'impressionne : « Je l'ai trouvé plus vrai et je l'ai encore reconnu mieux que les autres. » Anna, f. 24, qui a au suprême degré et constamment le sentiment de l'irréel est heureuse en arrivant dans une ville étrangère de trouver que les maisons et les arbres sont plus réels que chez elle et l'on peut utiliser cette élévation momentanée de la tension et s'en servir pour le traitement.

Les luttes, les dangers, les douleurs. — Les incidents de la vie qui réclament une lutte, un combat et qui exigent l'effort violent de la colère ont été l'occasion de bien des guérisons. Xb., h. 26, n'a plus de tics et ne bégaye plus quand il est en colère, et Rk., h. 40, n'a plus de doutes sur les allumettes s'il a pu se mettre en colère ; Lydia, comme Dm., prétendent qu'une scène de ménage leur fait plus de bien que la strychnine. Je connais bien des malades dont les obsessions cessent pendant plusieurs jours parce qu'elles se sont disputées dans un tramway ou qu'elles ont eu une scène avec leur mari.

Les actions difficiles qui nécessitent un effort ont également une bonne influence. Des malades renvoyées de l'hôpital et obligées subitement de chercher du travail pour vivre ont présenté à ce moment un rétablissement inespéré. Ar., f. 50, toujours hypocondriaque et gémissante, est obligée de secourir un jeune soldat tombé devant sa porte ; elle le soigne avec dévouement pendant plusieurs semaines et, au grand étonnement de sa famille,

« elle a été superbe ». J'ai toujours gardé le souvenir d'un incident bizarre qui m'avait autrefois bien surpris : une femme de 40 ans, Bn., retombée pour la troisième fois dans une grande dépression, était fort malade depuis plusieurs mois et semblait encore loin de la fin de la crise. Elle dînait seule avec sa nièce, jeune femme à la dernière période de la grossesse, quand celle-ci d'une manière inattendue fut prise des douleurs de l'accouchement. Bn. fut obligée de la soigner et en attendant un secours qui arriva trop tard de faire tout l'accouchement. Elle se sentit surexcitée et resta complètement rétablie sans trace de la dépression mélancolique qui semblait si grave. Chez beaucoup de psychasténiques d'ailleurs, le dévouement est l'action particulièrement excitante : « Je n'ai jamais pu me résoudre, dit Plo., f. 30, à rien faire pour moi-même, pour faire un effort qui me fasse du bien il faut que j'aie l'illusion de faire plaisir à quelqu'un. »

On prévoit d'après ces observations que les dangers plus ou moins graves auxquels les malades sont exposés n'auront pas toujours des effets fâcheux. Un écrivain pittoresque, Töppfer, quand il décrivait ses voyages en Suisse, faisait cette réflexion : « C'est bien dommage que le danger soit une chose au fond si dangereuse, sans quoi on s'y jetterait rien que pour éprouver cette joie puissante, ce reconnaissant élan du cœur qui accompagne la délivrance[1]. » Marro dans son livre sur la puberté disait aussi : « Celui qui a surmonté un danger est semblable à celui qui a traversé une maladie infectieuse, il est vacciné. »

J'ai déjà signalé autrefois l'étonnement que j'ai éprouvé en constatant de quelle façon une de mes malades avait supporté une catastrophe vraiment effrayante. Cette jeune femme, qui était bouleversée par les émotions les plus insignifiantes, qui tombait dans une grande crise « de vœux et de pactes » à l'occasion d'une petite surprise même agréable, se trouvait dans un bateau qui échoua sur des rochers en pleine nuit. Elle resta calme et énergique, rendit aux femmes et aux enfants une foule de services et se trouva après l'événement en très bonne santé morale pendant plusieurs mois. J'ai observé depuis cette époque bien des faits semblables : Zc., f. 30, déprimée mélancolique avec des idées de suicide, est tombée dans un puits involontairement (?), prétend-elle, et n'en fut retirée qu'à demi-asphyxiée. Elle en

1. Töppfer, *Voyages en zig-zag*, 1885, p. 215.

sortit transformée : « le voile était disparu, j'y voyais enfin plus clair, je croyais commencer une autre vie ». La dépression, il est vrai, recommença, mais seulement deux mois plus tard. Wkx. fut rétabli pendant huit jours par un duel. Gx., f. 28, qui avait constamment des crises d'hystérie, fut guérie de ces crises après avoir vu tomber un épileptique, c'est là l'inverse de ce que l'on observe communément. Justine fut transformée parce qu'elle crut son mari en danger quand il arrêta un cheval emballé, etc. On peut ranger parmi les dangers la situation où se trouve un individu qui essaye d'accomplir un vol. A ce propos l'observation de Mme V., f. 50, que j'ai déjà publiée [1], me semble bien typique. Nous aurons à l'étudier à propos des impulsions, notons simplement maintenant que le fait de sortir d'un grand magasin en tenant à la main un objet qu'elle n'avait pas payé lui causa une émotion si intense et si délicieuse qu'elle sortit tout à fait bien portante, tandis qu'elle était plongée depuis un mois dans une dépression mélancolique profonde dont rien ne pouvait la guérir.

La guerre a permis de répéter bien des fois la même remarque : dans une douzaine d'observations, des malades, dont je connaissais depuis longtemps la faiblesse, la pusillanimité, les crises de dépression, ont montré des qualités de vaillance que personne n'aurait pu soupçonner. Ba., Francis, Wkx. sont devenus des soldats ou des officiers admirables et sont restés stupéfaits eux-mêmes de la disparition de leurs phobies et de leurs obsessions. Ca., h. 40, si déprimé et si triste dans la vie civile, retrouve tout son sang-froid dans les plus grands dangers de la guerre : « Les plus terribles marmitages m'apportaient seulement le besoin de composer et d'écrire et j'ai écrit à ces moments-là les meilleures pages de mon livre. »

Enfin, chose étrange, les douleurs physiques et morales ont sur ces malades le même effet excitant. M. Georges Dumas a très bien montré ce phénomène quand il a décrit les transformations que la douleur morale détermine chez les mélancoliques : « C'est la douleur morale et non la simple tristesse qui évoque les idées délirantes ; elle est tonique, excitante, évocatrice... Le mélancolique qui passe de la tristesse à la douleur se réveille et s'excite... [2] » Il suffit d'ajouter quelques exemples parmi nos observations :

1. La kleptomanie et la dépression mentale, *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1911, p. 97.
2. Georges Dumas, La tristesse et la joie, 1900, p. 94.

« Cette brûlure accidentelle m'a fait tant de bien, disait une malade déprimée au niveau du doute et de la dépersonnalisation, que vraiment j'ai eu pendant plusieurs jours l'envie de me brûler moi-même pour sentir encore une fois une véritable sensation, une sensation bien à moi. » Claire répétait autrefois : « J'ai faim d'émotions, même de souffrances, qu'une émotion douloureuse arrive à me secouer et cela me fait remonter mieux que tous les raisonnements[1]. » Agathe est beaucoup mieux, ne sent plus ses maux de tête, et ne voit plus « la pluie qui tombe devant ses yeux », c'est-à-dire ses mouches volantes, parce qu'elle a été chez le dentiste qui lui a fait grand mal. Anna, dont nous avons vu les doutes, s'est coupé la main en pelant un fruit : « J'ai été si étonnée de sentir que cela me faisait mal, que j'ai reconnu que j'étais une personne normale et que j'ai retrouvé ma personnalité pendant deux jours. » Francis est moralement rétabli parce qu'il s'est foulé le pied : « Une vraie douleur me fait tant de bien, la joie me touche moins que la douleur. »

La maladie et la mort des proches. — Nous pouvons rapprocher des faits précédents la douleur morale causée par une maladie grave des personnes aimées. Il faudrait résumer ici 16 observations qui nous montrent des malades en état de dépression grave capables de se relever subitement quand elles sont obligées de veiller nuit et jour auprès du lit d'une personne aimée[2]. Il faut même signaler des relèvements remarquables à la suite de la mort des parents, qui, comme on l'a vu, a causé tant de maladies graves. « Après la mort de mon père, nous disait Claire, j'avais des chagrins réels, mais les chagrins réels sont beaucoup moins pénibles que les reproches imaginaires de ma conscience ; j'étais plus énergique, j'avais plus de volonté ; ce qui m'a étonnée, c'est que jamais je n'ai si bien dormi, calme, sans rêves, sans cauchemars[3]. » Il en a été de même pour Justine, pour Sb., pour Noémi qui est débarrassée de ses angoisses et de ses obsessions sur la mort précisément après la mort de sa mère : « C'était une sorte de congé, une détente délicieuse, un oasis dans un désert aride. L'obsession était partie et j'ai pu reprendre quelque goût pour les balivernes de l'existence. »

1. *Obsessions et psychasténie*, I, p. 538.
2. *Op. cit.*, I, p. 537.
3. *Op. cit.*, I, p. 537.

Les fiançailles, les actes sexuels. — Nous avons parlé de la maladie par les fiançailles, mais on pourrait aussi bien parler de la guérison par les fiançailles car il serait facile de réunir autant de cas du second phénomène que du premier. Lo. est devenue malade par le mariage, mais les fiançailles lui avaient fait le plus grand bien[1]. Il en est de même de De., f. 19, déjà tourmentée depuis des années par l'obsession de la honte des poils, qui fut guérie par ses fiançailles et se mit à rire d'elle-même. Mu. jeune fille de 30 ans aboulique et douteuse fut tout à fait transformée par ses fiançailles et ne retomba que lorsque ses fiançailles furent rompues. On pourrait facilement accumuler bien des exemples de ce phénomène.

Nous avons également insisté sur tout le mal qu'ont pu faire dans bien des cas le mariage et les rapports sexuels, cependant j'ai pu constater aussi « qu'une émotion en particulier joue le rôle d'excitant d'une manière remarquable, c'est l'émotion génitale. Quand ces malades parviennent à une excitation sexuelle complète ils retrouvent leur énergie et leur unité mentale[2] ». Le fait est évident dans une vingtaine d'observations au moins. Auprès d'une femme qu'il admire et qu'il aime, Cea., h. 40, retrouve, au moins pendant les quatre premiers mois de la liaison, tout l'enthousiasme et toute la faculté de composition littéraire qu'il possédait pendant les plus grands dangers de la guerre : « Toute la verve du marmitage, j'étais merveilleux d'amour, de facilité, de joie, je me sentais un demi-dieu avec un tempérament héroïque. »

La simple excitation sensuelle à la vue d'une personne aimée suffit quelquefois pour relever la tension psychologique. L'observation de cette singulière malade, qui se croyait constamment « dans un sépulcre noir » est bien amusante sur ce point[3]. Cette brave femme, quoiqu'elle eut déjà 56 ans, avait un sentiment tendre pour un élève du service : « Ce n'est que quand je pense à lui, disait-elle, que je suis sur la terre. Quand il passe devant moi, mon cœur bondit et je ne me reconnais plus, je vois tout en rose au lieu de voir tout en noir... tout existe, tout est réel, le soleil est revenu, je suis une femme comme les autres, j'existe réellement au lieu d'être morte.. deux heures après, tout

1. *Op. cit.*, I, p. 536.
2. *Op. cit.*, I, p. 537.
3. *Op. cit.*, II, p. 352.

redevient noir et je suis de nouveau morte au fond d'un tombeau où rien n'est plus vivant. Est-ce assez bête cela ? »

Si on ne considère les aventures amoureuses qu'au seul point de vue de l'hygiène mentale, on ne peut pas toujours les blâmer. Fjj., f. 40, comme beaucoup d'autres, sait très bien qu'elle ne se rétablit que par de nouvelles aventures amoureuses : « C'est la seule chose qui m'ait toujours réussi. Par moments j'essaye bien la religion ou la bienfaisance, mais ce ne sont là que des pis-aller, il me faut toujours revenir au véritable traitement qui me convient. » Ec., f. 42, a traversé plusieurs grandes crises de dépression, pendant des mois elle est restée inerte et gémissante, se plaignant de troubles digestifs, d'insomnies, d'angoisses, etc. ; puis elle semble se rétablir rapidement et son mari est enchanté. A ce moment elle vient de commencer une liaison avec le mari d'une de ses amies : « Ces rendez-vous mystérieux m'occupent, me distrayent, m'empêchent de penser à mon triste mariage avec un brave homme si peu romanesque... Quand je l'avais vu dans la journée, je digérais très bien et je dormais toute la nuit. » La liaison se prolongea pendant trois ans et la malade ne présenta aucune rechute. Malheureusement l'amant mourut et très rapidement la crise de dépression recommença. Après plusieurs mois de souffrances, Ec. voulut essayer de la religion et s'adressa à un prêtre qu'elle prit l'habitude d'aller voir tous les jours. Une nouvelle intrigue, des rendez-vous mystérieux recommencèrent et la crise de mélancolie fut complètement terminée. Après un an de santé parfaite, la malade est de nouveau malheureuse parce que le prêtre inquiet de la situation s'est décidé à rompre et à quitter le pays ; elle retombe gravement malade. Je sais bien que des psychiâtres érudits déclareront qu'il y a là une série de rechutes de la maladie maniaque-dépressive et que ce mot magique nous dispense de toutes réflexions indiscrètes. Je veux bien que ce mot explique tout, mais je ne puis m'empêcher de noter à titre de curiosité pour les psychiâtres de l'avenir la singulière coïncidence de ces guérisons avec le succès des aventures amoureuses et de ces rechutes avec leur terminaison.

Héloïse, f. 42, fort observatrice, au milieu d'une forte crise de dépression mélancolique avec insomnie continuelle, troubles digestifs et circulatoires, etc., m'écrit la lettre suivante : « Hier dimanche j'ai été en voiture à une compagnie et j'ai dîné avec un excellent ami. Il m'a reconduite chez moi en m'enveloppant

d'une respectueuse et touchante tendresse. Quand je me suis couchée pas une de mes artères ne battait fort ou trop vite, et je me suis endormie immédiatement d'un sommeil calme, réparateur, bienfaisant sans prendre aucune drogue. Quoique ayant dîné d'une manière fort indigeste, je me suis réveillée ce matin avec un sentiment complet de bien-être. Pourquoi ai-je été ainsi transformée ? Je l'ignore, mais cela est... » Il s'agit d'une femme dont nous avons déjà décrit les besoins de tendresse et d'intimité. Elle aspire constamment à être aimée, à gagner l'affection et l'admiration, mais elle n'y réussit guère, ou du moins elle n'a pas le sentiment de réussir parce que sa dépression l'empêche d'avoir confiance et la force à interroger et à essayer sans cesse ses taquineries. Sous l'influence de l'excitation génitale elle devient plus capable d'intimité et de confiance, elle arrive à réaliser son rêve ou à le croire réalisé et tous les troubles disparaissent en même temps.

La pauvre Pepita, f. 47, présente des impulsions que l'on peut appeler une véritable érotomanie et que nous aurons à étudier prochainement. Ces impulsions l'ont précipitée dans de véritables catastrophes : elle s'est compromise avec des individus louches et dangereux, elle a perdu ses bijoux et de grosses sommes d'argent et elle a failli faire sombrer la situation et l'honneur de sa famille. Mais nous n'avons à nous placer qu'à un point de vue strictement médical et thérapeutique : le fait certain c'est que cette aventure effroyable l'a guérie pendant deux ans d'un état de dépression hypocondriaque extrêmement grave avec troubles circulatoires des plus étranges qui durait depuis des années. « Je voyais le danger, me dit-elle, mais j'aime tant le danger et les émotions. Avec lui il y avait tous les jours du nouveau, chaque jour il fallait se dépêtrer de quelque chose et inventer de nouvelles combinaisons... J'étais attirée vers lui par tout : il était étrange et malade, j'étais sa maîtresse et sa mère, j'étais responsable de lui..., il me comprenait, il était d'une douceur de colombe, il me mettait les bouchées dans la bouche... ou il me battait. C'étaient des scènes épouvantables, des violences horribles, je risquais tous les jours d'être tuée s'il se figurait que j'avais regardé quelqu'un : c'est là vivre ! Les choses ont mal tourné sans doute mais j'ai passé avec lui des heures inoubliables. J'ai toute ma vie aimé les aventures, le mystère, l'inconnu, j'en ai besoin, j'ai besoin de mensonges, besoin de vivre au milieu

d'un faisceau d'intrigues... Je ne peux pas vivre dans cette vie monotone calfeutrée à la maison, j'en perds la tête. » Elle semble malheureusement avoir raison puisqu'elle est retombée malade depuis que l'on a liquidé son aventure et qu'elle se portait admirablement bien pendant cette période de danger. Il y a là des faits très importants que le psychiâtre ne doit pas ignorer.

Les enfants. — Il est inutile d'accumuler de nouveaux exemples pour prouver que les devoirs de la maternité si dangereux pour certaines femmes sont une sauvegarde pour bien d'autres. Dans une dizaine d'observations de jeunes femmes sont guéries par les soins qu'elles sont obligées de donner à de petits enfants ; Qi. reconnaît qu'elle a été sauvée par son fils. Aj. qui devient très malade à 37 ans se rend compte que ses enfants sont devenus trop grands : « Quand ils étaient petits, ils m'imposaient des devoirs matériels qui me soutenaient. » Si des femmes retombent par la première communion de leurs enfants, d'autres remontent à ce moment et comprennent mieux la religion. Si beaucoup de femmes sont déprimées par le mariage de leur fille, nous voyons Héloïse transportée d'aise quand elle reçoit la visite d'un jeune homme amoureux de sa fille.

En un mot, tous les actes peuvent devenir le point de départ d'une excitation favorable. Une observation banale peut résumer les remarques précédentes : on sait que la plupart de ces malades ont une mauvaise période dans la matinée quand ils sortent du sommeil et qu'ils sont ordinairement améliorés au cours de la journée et dans la soirée. Il est probable que des influences complexes déterminent cette modification, la nourriture, la lumière doivent jouer un role ; mais il faut aussi tenir compte de l'accumulation des actions même petites que le malade est obligé de faire et qui amènent peu à peu une excitation à la fin de la journée. Tandis que nous avions vu précédemment que les actes et surtout que les actes difficiles épuisent et dépriment nous voyons que dans d'autres observations les mêmes actes peuvent avoir une influence tout à fait inverse : il y a là une contradiction qui soulève un important problème de psychologie.

3. — Les impulsions a la recherche de l'excitation.

Après avoir étudié les guérisons qui se produisent accidentel-

lement au cours des états de dépression, il me semble bon d'insister sur certaines conduites que les malades semblent considérer comme des traitements salutaires et auxquelles ils attribuent une importance énorme au point de les rechercher sans cesse et à tout prix. Les impulsions que présentent certains malades semblent être en rapport avec la recherche des actions excitantes capables de relever la tension psychologique. J'ai déjà insisté sur cette conception des impulsions, d'abord à un point de vue général dans mon étude sur « la pathogénie des impulsions[1] », ensuite d'une manière plus particulière dans mon étude sur « l'impulsion au vol dans les grands magasins[2] ». Il faut reprendre cette étude pour chercher si ces impulsions ne nous fournissent pas quelques indications thérapeutiques.

Les malades qui présentent de la dépression de la tension psychologique ont, comme on le sait, des obsessions qui expriment et symbolisent leurs sentiments d'incomplétude et leurs troubles de la volonté accrochée pour ainsi dire à une difficulté particulière. Mais un grand nombre présentent en outre des obsessions et des impulsions d'un autre genre : ils expriment constamment la pensée et le désir de certaines actions, de certaines situations et ils répètent que l'exécution de ces actes leur ferait le plus grand bien et leur rendrait l'intégrité de leur force morale. « Je suis inachevée, il me faut quelque chose qui me donne le coup de pouce, le feu sacré. » Plus ils souffrent de leur état de dépression, plus ils se sentent poussés à accomplir cet acte libérateur. Tandis que les impulsions en rapport avec les obsessions ordinaires, par exemple les prétendues impulsions au crime chez les obsédés scrupuleux, ne sont presque jamais suivies d'exécution réelle ou n'arrivent qu'à des débuts d'actes insignifiants, ces impulsions à des actions excitantes et considérées comme salutaires sont bien plus souvent réalisées et donnent souvent lieu à des actes dangereux[3].

Les impulsions de ce genre sont très variées et il est impossible de les énumérer toutes ; mais on peut à titre d'exemple en grouper quelques-unes autour de trois titres selon qu'il s'agit

1. On the pathogenesis of some impulsions, *The journal of abnormal psychology*, avril 1906, p. 1.

2. La kleptomanie et la dépression mentale. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1911, p. 97.

3. *Les obsessions et la psychasténie*, 2e édition, 1908, I, p. 56, 59.

d'impulsions à des actes élémentaires en rapport avec des tendances inférieures, d'impulsions à des actes sociaux déjà plus élevés ou d'impulsions à des actes moraux dépendant de tendances d'ordre rationnel.

La recherche de l'excitation élémentaire. — Le type des impulsions du premier genre se trouve dans *la dipsomanie,* cette impulsion à absorber des boissons alcooliques ou dans *la morphinomanie, la toxicomanie,* c'est-à-dire dans l'impulsion à rechercher la morphine ou d'autres toxiques. Mais je n'insisterai pas ici sur ces impulsions car l'absorption de certains poisons complique l'effet psychologique de l'action, nous retrouverons ces phénomènes plus tard à propos des traitements médicamenteux. Il suffit de rappeler que dans ces impulsions ce que le malade recherche avant tout c'est bien le relèvement de sa tension psychologique. Dr., f. 33, nous explique ainsi ses crises de dipsomanie : « Je me sens faible, triste, je perds tout espoir, je pense à me tuer et si je bois c'est pour me restaurer, ce sont de terribles angoisses qui me poussent à boire... Je bois pour éviter l'ombre qui tombe sur moi et ce sentiment d'ombre est si terrible qu'il efface toute autre considération. Quand je bois cela donne de la valeur aux choses et à la vie et il est impossible de vivre sans cela[1]. »

Nous pouvons signaler de préférence quoique des difficultés du même genre se présentent encore à ce propos, *les impulsions à manger avec excès.* Beaucoup de sujets dès le début de la dépression se sentent un appétit exagéré : Ed., f. 60, reconnaît à ce signe qu'elle va de nouveau retomber dans ses tristesses. Il suffit souvent d'une dépression légère causée par la fatigue ou par l'émotion pour amener cette exagération de l'appétit et je l'ai notée par exemple chez des enfants névropathes au moment de la première communion. Dans certains cas cet appétit se transforme en boulimie, c'est-à-dire en impulsion à manger constamment d'une manière invraisemblable. Fc., f. 26, ne circule qu'en portant un gros sac garni de victuailles pour parer aux besoins pressants : « Je suis obligée de manger continuellement du pain, du jambon, du chocolat et du sucre, de voler en

1. Cf. L'alcoolisme et la dépression mentale, *Séances et travaux de l'Académie des sciences morales,* septembre-octobre 1915.

passant des oignons et des feuilles de salade..., il n'y a que cela qui me sauve, sans ces précautions je tomberais par terre tous les dix pas. » Il est intéressant de remarquer que cette impulsion a remplacé celle de boire du vin et de l'alcool, qui existait chez cette malade à 18 ans, lors d'une première crise.

Ces impulsions à l'activation d'une tendance élémentaire se présentent sans qu'il y ait absorption d'aucune substance excitante par elle-même. Dans ma première étude publiée en 1906 dans le Journal of abnormal psychology j'ai signalé un singulier cas d'*impulsion à la recherche et à la provocation de la douleur*. J'ai décrit le sentiment bizarre de bonheur, analogue à une extase religieuse, que se procurait une jeune fille de vingt ans Nea... en se versant de l'eau bouillante sur les mains et sur les pieds[1]. Elle savait parfaitement combien une telle conduite était absurde et dans une lettre fort curieuse elle s'en excusait, mais elle ajoutait : « Que voulez-vous, je sais que cela va me faire revivre, que cela va me rendre moi de nouveau et je ne peux pas résister. » Cette impulsion est rare sous cette forme complète mais elle existe sous une forme atténuée chez bien des psychasténiques qui « ont besoin de se pincer, de se mordre les poings jusqu'au sang pour se faire sentir quelque chose ».

Dans cette même étude je signalais l'observation de Ms., f. 35, qui après avoir présenté des crises de boulimie avait brusquement cessé de réclamer de la nourriture et avait passé à une autre impulsion, celle de *la dromomanie*. Elle marchait indéfiniment : « Je sais très bien qu'il me faut faire au moins 46 kilomètres sur la grande route pour me sentir transformée, je suis alors plus à mon aise et je commence à être une personne vivante[2]. » Cette impulsion à la marche donne souvent naissance à des *fugues* d'un genre particulier. Hc., h. 51, a fait à plusieurs reprises de grandes fugues : dans l'une de ces fugues il a marché à pied de Paris à Lille. « Ces fugues, dit-il, se développent toujours de la même manière ; je me sens envahi par un chagrin, un ennui mortel..., tout me pèse, tout me tracasse, tout est mort, le monde ne vaut rien et moi je vaux moins que rien... (sentiments d'incomplétude de la dépression). Je sens alors le besoin de me remuer, de m'agiter et j'ai une envie

1. Cf. *Obsessions et psychasténie*, 2e édition, 1908, I, p. 58.
2. Cf. *Op. cit.*, I, p. 56.

folle irrésistible de faire une chose qui me guérira vite, j'en suis sûr, de cette torpeur intolérable... Je prends des précautions contre moi-même pour m'empêcher de partir, je m'enferme à clef dans ma chambre et je jette la clef par la fenêtre. Mais rien n'y fait..., je dois démonter la serrure, je ne sais comment, car je ne me rappelle jamais les premiers jours de ma crise... (Le début de la fugue prend chez cet homme la forme hystérique et ne laisse de souvenirs que dans l'état hypnotique). Mais je sais bien que je me réveille quelques jours après sur la grande route. Je nage dans l'enthousiasme, la nuit est jolie, le paysage splendide, tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes et je ne demande qu'à faire un travail qui serait, j'en suis sûr, excellent. Je n'ai pas le courage d'arrêter tout de suite une marche si agréable et je continue à marcher encore quelque jours, mais cette fois en jouissant de la guérison qui se complète peu à peu. » A cette impulsion à la marche au mouvement des membres se rattachent les manies des sports que décrivait M. Tissié (de Bordeaux) et dont j'ai montré de nombreux exemples.

L'une des plus importantes parmi ces impulsions à la recherche de l'excitation élémentaire est *la recherche de l'excitation sexuelle* qui donne naissance à toutes les formes de l'érotomanie. Il faut prendre quelques précautions dans cette étude afin de ne pas confondre avec les impulsions génitales proprement dites, toutes les impulsions à la recherche de l'amour, à la recherche de l'aventure ou au dévouement dans lesquelles la part des fonctions génitales est souvent bien petite. Dans les vraies érotomanies, le malade cherche l'excitation principalement dans la pratique du coït lui-même, indépendamment de toutes les actions sociales qui le préparent. Ces impulsions se présentent sous la forme de masturbations solitaires, de coïts avec des individus du même sexe ou de sexe différent sans grande préoccupation de la personne et des circonstances.

Je ne reviens pas sur la description de ces impulsions que j'ai faite ailleurs. J'insiste seulement sur deux caractères. En premier lieu ces impulsions n'existent que pendant les périodes de dépression après qu'un certain nombre de symptômes de la dépression ont déjà fait leur apparition. En second lieu il est évident que les malades cherchent dans ces actions un soulagement et croient y trouver la guérison et qu'en fait les pratiques génitales leur apportent souvent une excitation qui fait disparaître au moins

momentanément une partie de leurs troubles. Des femmes se tiennent très convenablement pendant les périodes où elles ont quelque intérêt à la vie et à leur ménage : « c'est parce que depuis quelque temps elles ne peuvent plus prendre intérêt à rien qu'elles se mettent à faire la noce avec des individus malpropres. » Ib., f. 23, après une série de fatigues et d'émotions est devenue lente et inerte, elle se sent « comme abandonnée sans direction et ne sait plus comment vivre... Je ne peux plus vivre comme cela sans m'intéresser à quelqu'un ou à quelque chose. » Elle s'abandonne à des amours compliqués et elle a cinq amants à la fois : « Cela a suffi pendant longtemps à me rendre heureuse et travailleuse. » — « Les médecins m'ennuient avec leurs remèdes et leurs régimes, dit Jca., f. 25. Quand je suis bien amoureuse, je n'ai plus d'entérite, les médecins ne savent pas cela, ils ne connaissent rien à la vie réelle. » Pepita à 50 ans se guérit encore de la même manière de ses crises de congestion viscérale et d'entérite : « Elle n'est vraiment bien, dit-elle d'elle-même. que lorsqu'elle est en chasse. »

La recherche de l'excitation génitale, comme l'impulsion à boire, peut se combiner avec le besoin de la marche et de l'agitation physique dont nous avons parlé et donner naissance à des fugues particulières. Yd., h. 32, est émotionné par des reproches qu'on lui a fait à son bureau ; chez lui la période latente de l'émotion, la période d'incubation dure 24 ou 48 heures. A la fin de cette période il ne peut plus tenir en place, il éprouve le besoin de sortir, de respirer, il ne peut plus travailler, il étouffe s'il reste au bureau ou chez lui. Bientôt le voici dans les rues de Paris, errant pendant le jour et la nuit aux portes des ateliers et des casernes « à la recherche de l'ami idéal », entrant dans tous les bouges, s'exposant aux plus grands dangers et s'abîmant dans toutes les débauches. Après deux ou trois jours de cette vie il rentre éreinté, mais rasséréné, « bien guéri de toutes les idées noires et capables de se remettre admirablement au travail, car toute gêne physique ou morale a disparu. »

La recherche de l'excitation sociale. — Des tendances plus élevées, des tendances sociales deviennent également chez les déprimés le point de départ d'impulsions variées. Je ne reviens pas sur la description de *ces impulsions à la domination, à la recherche de l'amour, à la taquinerie, au dénigrement*, etc., des-

cription que j'ai résumée dans un chapitre précédent à propos de l'isolement. Dans ce chapitre, après avoir décrit quelques-unes de ces impulsions, j'ai étudié l'action qu elles produisaient sur l'entourage du malade et montré leur action déprimante sur les personnes de la famille. Maintenant il nous faut considérer ces mêmes impulsions et quelques autres qui s'y rattachent à un autre point de vue et rechercher comment elles sont considérées par le malade comme avantageuses pour lui-même, comment il y trouve ou croit y trouver une source d'excitation.

Cette satisfaction est évidente chez les autoritaires : ils sont rayonnants de joie quand ils obtiennent une obéissance docile et une humiliation. « Je sais bien comme vous me le dites que cela ennuie ma fille et que je la fais pleurer, mais cela lui coûte si peu et cela me fait tant de bien. »

Il est inutile de revenir sur les manies si fréquentes de dénigrement, de méchanceté, de cruauté, nous avons déjà remarqué que sous ce besoin de rabaisser et de faire souffrir les autre se dissimule avant tout le besoin de se relever soi-même. Si Lox., f. 40, reproche sans cesse à toutes les femmes dont elle parle de mal tenir leur ménage et de ne pas soigner leurs enfants, c'est qu'elle demande un retour sur elle-même, sur son administration impeccable du ménage et sur son dévouement excessif à ses enfants. Si ces personnes déprécient certaines qualités des autres en les déclarant sans importance, c'est qu'elles ont peur de ne pas posséder elles-mêmes ces qualités. Quand Gh., h. 30, déclame sur le caractère intéressé des commerçants, sur leur petitesse dans la poursuite du gain c'est qu'il est lui-même incapable de gagner un sou et qu'il prend des précautions contre les critiques possibles. Le dénigrement des autres est toujours une forme de la vantardise.

La manie de la taquinerie, la manie des scènes sont des sources de jouissances et d'excitation pour les malades : « Les scènes, dit Ud., h. 25, mais cela me dégage la tête et me fait un bien énorme ; ces ruisseaux de larmes que je verse ou que je fais verser à ma famille, c'est la seule chose que je regretterai dans la vie. Sans elles je ne pourrais pas travailler, je ne pourrais pas vivre, cela me soulève en me pénétrant jusqu'à la pointe des pieds... »

L'amour, comme nous l'avons vu, consiste le plus souveut pour ces personnes dans un ensemble de prévenances, d'efforts pour

intéresser, de compliments, de flatteries qui ne sont au fond que des excitations et c'est pour cela que les déprimés veulent sans cesse être aimés. « Ils sont là continuellement à vous secouer, à vous embrasser, à vous tourmenter de toutes les manières pour avoir des caresses... Elle fait tout à la martyre et lève des yeux suppliants en demandant : tu m'aimes, n'est-ce pas ? » Gh., h. 30, passe toutes ses journées à suivre dans la rue de jeunes ouvrières dans l'espoir de faire une conquête : il veut « qu'une femme l'aime, le cajole, le console, il n'a pas d'amis, et il a besoin de quelqu'un qui le comprenne, il lui suffirait d'un regard affectueux qui promette l'amour pour qu'il soit remonté et qu'il reprenne courage... Je reste des heures dans une sorte de stupeur vague, dans l'attente de cette douce sensation de chaleur, prélude de la pensée. Si je parcours ainsi Paris dans tous les sens, c'est pour puiser dans le regard de certaines personnes un peu de cette chaleur : alors je me sens bien, plus de timidité, plus de bégaiement, partout où je me présente je suis bien reçu ». — « Pourquoi mon mari ne me regarde-t-il pas quand je suis en face de lui à table dans un dîner ? Pourquoi ne prend-il pas un air inquiet quand je parle à un autre homme ? Pourquoi ne me fait-il pas de compliments sur ma nouvelle toilette ? S'il ne sait pas le faire, il faut absolument que je cherche quelqu'un d'autre qui le fasse et qui le fasse bien, car il n'y a que cela qui me donnera le calme. » — « Je suis gaie, rieuse, avec des rires de bébé, dit Héloïse femme de 45 ans, je suis encore souple comme une fillette et je joue avec tout comme un jeune chat, pourquoi ne le remarque-t-on pas ? Pourquoi ne m'en fait-on pas de compliments ?... J'ai besoin d'adoration a un degré dont je pense mourir. J'ai besoin de compliments, cela m'est indispensable pour vivre. Si je les ai, je deviens naturelle, aimable, raisonnable, comme tout le monde. Avec mon mari et mes filles qui me rabaissent, je me perds, je m'affolle. » — « J'ai besoin qu'on ait besoin de moi... Je veux être le bon Dieu de quelqu'un... Qu'on vienne me chercher sans que ce soit toujours moi qui me dérange... Je veux voir que je produis de l'effet sur quelqu'un, que mon arrivée produit un effet vivifiant, apporte la joie et la douceur : voilà le rêve de mon existence depuis ma petite enfance. »

Il faut encore ajouter une autre considération : réussir à inspirer l'amour, c'est faire une conquête, c'est triompher de quelqu'un : « L'amour, dit Emma, c'est la seule chose qui soulève

la vie de la femme. Car c'est la seule chose où elle puisse réellement réussir par elle-même. J'ai besoin de flatter quelqu'un, de le cajoler, pour faire sa conquête : c'est là une opération importante quand il s'agit de M. X. un homme supérieur et sauvage, froid et correct qui a la réputation d'être misogyne. Arriver à lui dire : vous êtes mon Christ d'ivoire, sans qu'il se révolte, c'est un succès délicat. Cela me guérit d'y travailler, cela me sort du doute mieux que tous les remèdes. »

C'est pour augmenter leur sentiment de sécurité et leur sentiment de triomphe que ces malades souhaitent constamment chez leurs amants des qualités supérieures, car il est à la fois plus avantageux et plus flatteur d'être aimé par une personne très supérieure. « Ce n'est pas tout de flirter, dit Emma, mais il faut que ce soit avec des personnes supérieures : c'est là ce qui relève, on ne peut pas vivre sans cela. » — « Plus l'objet est élevé, dit Héloïse, plus l'orgueil aspire à sa conquête... Voyez-vous, j'aurais été folle de joie dans mon humilité, d'être la chose, la toute petite chose d'un homme de valeur, de le sentir briller, de lui épargner tous les soucis, de le gâter à genoux, de supporter même qu'il me trompe, pourvu qu'il soit heureux... Il faut qu'un être ait besoin de moi et cependant qu'il me soit supérieur. Ce n'est pas contradictoire : Dieu est supérieur et indépendant et cependant il a besoin de l'amour de ses créatures. Si un être n'était rien par lui-même il ne serait pour moi qu'une sangsue et je ne pourrais pas l'aimer : je le sentirais inférieur et intéressé, faible comme moi. Mon idéal est celui-ci, un être fort, fort par lui-même et ayant besoin de donner de lui-même, de se pencher, de laisser couler des tendresses qui n'excluent pas la force. Cet être a besoin de partager, il a besoin que j'aie besoin de lui, il a besoin de la joie qu'il me donne et il ne réclame pas autre chose. » Quelle façon entortillée et singulière de se tromper soi-même sur ce que l'on désire et de définir ce que l'on entend par : *être aimée pour soi-même.* Cette pauvre femme très intelligente, mais très déprimée n'ose pas dire simplement qu'elle désire rencontrer un être très riche, possédant tout et capable sans aucune raison de lui donner tout sans rien demander en retour.

Ce besoin d'approbation et de succès sociaux qui est au fond de la plupart des impulsions amoureuses peut d'ailleurs se manifester isolément de bien d'autres manières. Ces malades sans se

préoccuper de l'amour proprement dit, réclament de la société où ils se trouvent des félicitations et des éloges perpétuels. Pour les obtenir, ils sont obligés de se montrer, d'attirer l'attention, même par des excentricités, de se vanter eux-mêmes à chaque instant. Zoé., f. 26, quand elle est déprimée après la mort de sa mère, cherche à se faire remarquer, ce qu'elle ne faisait pas auparavant. Elle gémit que son deuil l'empêche de se montrer à son avantage, elle réclame constamment des conpliments, même sur la forme de ses mollets. Bfa., h. 27, reconnaît que « son caractère a changé complètement, qu'il devient ridicule auprès de ses camarades avec son besoin fou de se vanter et de réclamer perpétuellement des compliments. Héloïse dans sa grande période de dépression présente une apparence singulière : elle a une vanité puérile tout à fait en contradiction avec l'intelligence véritable qu'elle montre d'autre part. Elle passe son temps à vous expliquer longuement qu'elle a une grande situation, beaucoup de fortune, toutes sortes de connaissances, de mérites, de perfections, de dévouements : « Moralement j'ai une jolie nature, d'une loyauté parfaite, ce qui est rare chez les femmes, et capable de tout ce qui est bon et fin quand je sais que cela sera apprécié. » Elle énumère tous les grands personnages qui l'ont comblée de lettres et de prévenances, toutes les déclarations d'amour qu'elle a reçues ou cru recevoir, tous les plus petits compliments qu'on lui a faits ; elle éprouve le besoin de venir me raconter que sa masseuse lui a fait des compliments sur ses épaules. « Si j'ai tant besoin de compliments, dit-elle pour s'excuser, c'est que les compliments seuls réussissent à me rendre comme tout le monde, tandis que tout ce qui m'aplatit est mauvais et me fait retomber dans mon humilité maladive... »

Tout cet étalage de vanité extraordinairement naïve est maladif, il faut bien le savoir, et disparaît complètement à la fin de la dépression. On voit avec étonnement ces femmes présenter alors un tout autre caractère et devenir au contraire très discrètes au point qu'on ne les reconnaît plus. On attribuait autrefois cette disposition à attirer l'attention sur soi, à s'exhiber avec vanité à la maladie hystérique : c'étaient là « les malades à rubans rouges » dont parlait Charcot. Il y a un malentendu, c'est là un trait caractéristique des abaissements du niveau mental quand ils se présentent à un certain degré, dans certaines conditions d'intégrité intellectuelle. Si l'hystérique le présente souvent, c'est parce

qu'elle est une déprimée et non parce qu'elle est une hystérique.

Ces mêmes personnes essayent par tous les procédés de se procurer des succès mondains et je signalerai à ce propos une forme de maladie mentale peu connue, l'impulsion qui pousse certains malades à s'épuiser de fatigue pour réussir dans les conversations, les visites, les réceptions mondaines. Quelquefois cette impulsion se présente dans n'importe quel milieu, vis-à-vis d'individus quelconques. Pepita veut plaire à tout le monde, dans la rue, « même à une vieille bonne femme qu'elle rencontre » et elle travaille à faire la conquête des individus les plus interlopes. Cette même impulsion devient plus bizarre chez Kb., h. 29 : il a toujours eu « l'horreur d'avoir des ennemis et le besoin d'acquérir la sympathie à tout prix », depuis quelque temps il est tourmenté par une impulsion singulière qui le pousse « à produire un bon effet par sa conversation sur tous les gens qu'il rencontre ». Comme sa profession l'oblige à voyager souvent en chemin de fer, il se jure à lui-même avant de partir qu'il gardera le silence pendant le voyage. Mais dès qu'il a mis le pied dans le wagon, il perd l'équilibre, il se sent poussé à commencer la conversation, à étonner ses voisins, « à conquérir le compartiment ». Il oublie qu'il n'est qu'un petit commerçant, il joue le rôle d'un grand homme politique qu'il admire, il en prend le ton et les phrases, il s'expose à mille mésaventures désagréables et il rentre désespéré de s'être de nouveau rendu ridicule. Le même fait se présente plus fréquemment dans les réunions mondaines : bien des femmes savent qu'elles ont besoin de repos, mais ne peuvent y parvenir, car elles préparent leurs réceptions comme des batailles et chaque visite les épuise pour plusieurs jours. « Qu'importe il faut tout faire pour être parfaite au salon et pour ressembler à Mme Récamier ou à Ninon de Lenclos. » La même impulsion se retrouve dans la recherche perpétuelle et puérile de la réputation et de la gloire. Les uns comme Gp., h. 30, triste, mécontent, honteux de son corps, se lancent dans des sports dangereux sans aucun plaisir, sans même ressentir l'excitation du mouvement physique, simplement « pour se faire remarquer par leur audace et pour acquérir une gloire immense » ; les autres ont l'obsession de la fortune et l'impulsion à gagner de l'argent « pour mener une vie large qui étonne le monde ». D'autres enfin entreprennent tout à la fois et présentent un mélange curieux d'ambitions grandioses et puériles : Ye., h. 28-

intelligent et brillant jusqu'à l'âge de 21 ans, épuisé par des excès sexuels et une longue blennorrhagie a présenté d'abord des crises courtes de psycholepsie de 21 à 26 ans, puis il est tombé dans un état de dépression qui semble dissimulé par l'agitation et les impulsions ambitieuses. Ce jeune homme autrefois raisonnable se lance dans une foule d'entreprises financières où il compromet sa fortune. Il essaye de se justifier en exposant ses projets dans d'interminables discours. Il veut « tout entreprendre à la fois et réussir partout étonnamment. Je veux refaire mes études et écrire des livres importants sur l'histoire, la littérature, la philosophie, l'économie politique ;... je veux entreprendre un voyage autour du monde, car j'ai des démarches à faire pour trouver des capitalistes, pour susciter des initiatives et mener à bien de grandes entreprises de mines et de dessèchement de marécages... Je plaiderai brillamment et je parlerai à la chambre,... je ferai des œuvres patriotiques dans lesquelles il faut une certaine situation de fortune, des relations et le plus possible de qualités morales et intellectuelles... J'aurai un fils qui réussira encore mieux que moi... » Devant un tel verbiage il ne faut pas se tromper et diagnostiquer uniquement de l'agitation et du délire : Ye. a pleine conscience de ses exagérations et de ses absurdités, il sait qu'il est malade et qu'il « a surtout besoin de quelqu'un qui l'écoute indéfiniment... Quand je dis que je veux devenir un homme d'affaires, un homme du monde surprenant, c'est qu'au fond je voudrais simplement redevenir un homme ». Il s'agit surtout d'un état de dépression et d'une impulsion à se remonter par la vantardise.

La recherche des aventures, des dangers. — Les névropathes sont d'ordinaire très peureux, aussi est-on étonné de voir chez quelques-uns un goût singulier pour le danger. Aj., comme Irène, recherche les cohues, les attroupements, prend plaisir à traverser les rues encombrées de voitures : « il me faut des accidents de chiens écrasés, cela me remonte en me faisant un peu mal à la tête ». Dans les impulsions amoureuses qui sont si complexes nous pouvons discerner un élément psychologique, capable lui aussi de prendre isolément un grand développement c'est l'impulsion à la recherche des aventures et des dangers. Emma note bien ce détail dans l'excitation que lui donnent les rendez-vous galants : « Oui, la chair est faible, mais

ce n'est pas là l'essentiel. L'émoi et la honte que me donnent la moindre peccadille sont si délicieux que je ne puis me blaser sur cette tentation du péché. C'est agréable parce que l'on sent que ce n'est pas bien, cela vous donne une crainte, un remords avec gros battement de cœur qui vous laisse la paix du cœur et la confiance dans la vie pour longtemps ». Voilà une phrase que le moraliste ne comprendra guère, mais le psychologue sait bien que la dépression douloureuse avec ses doutes, ses inquiétudes et ses angoisses n'est pas en raison directe du remords et qu'elle existe avant le péché. Le péché lui-même et les remords peuvent au contraire exciter l'esprit, faire disparaître la dépression et ramener la paix du cœur.

Ce charme de l'aventure et du danger détermine très souvent la conduite des individus déprimés ; j'ai déjà décrit ces malades qui se lancent à corps perdu dans les expéditions les plus contraires à la pudeur commune, à qui « il faut l'inédit, le sortant de l'ordinaire pour respirer un peu[1] ». Mais depuis cette époque j'ai eu l'occasion d'observer des cas beaucoup plus graves du même phénomène. Ces impulsions à la recherche de l'aventure sont de l'ordre des impulsions à la recherche de l'excitation et par conséquent elles sont plus facilement réalisées que les prétendues impulsions criminelles des scrupuleux, c'est là ce qui les rend plus dangereuses. Une femme de 31 ans, Cdo., présentant depuis longtemps des troubles névropathiques, mais d'une conduite parfaitement correcte dans un milieu des plus convenables s'est enfuie de chez elle et après cinq jours elle a été retrouvée par la police dans des bouges où elle se livrait à la plus basse prostitution. Elle n'a aucune amnésie, elle raconte ses mésaventures et ses misères pendant ces cinq jours, elle se rend compte de la folie de son action, elle la déplore et supplie de la mettre sur le compte de la folie. Mais elle se sent obligée d'avouer au médecin qu'elle a cherché le bonheur et qu'elle l'a trouvé : « Au moins j'ai été vivante pendant quelques heures, j'ai retrouvé ma personne, je ne l'ai pas payé trop cher... »

L'observation de Pépita et à laquelle j'ai déjà fait allusion est plus surprenante encore. Cette femme de 40 ans, dont le mari occupe une haute situation, qui a deux enfants très bien élevés, qui appartient à un milieu social riche et correct a réussi à

1. *Obsessions et psychasténie*, I, p. 541, 552.

réaliser pendant deux ans une double existence telle qu'on ne la croyait possible que dans les romans d'aventures. Cette femme restait chez elle la mère de famille honorée, mais triste et gémissante parce qu'elle se sentait constamment malade et malheureuse. En même temps elle entretenait au dehors les intrigues les plus compliquées, elle se faisait adresser en toutes sortes d'endroits des correspondances secrètes, elle allait rejoindre presque tous les jours et souvent la nuit un ignoble individu absinthique, éthéromane et voleur dont elle partageait la vie. Elle soignait cet individu avec dévouement quand il était épuisé par ses débauches et ivre-mort ; elle se donnait une peine inouïe pour lui procurer de l'argent par les moyens les plus compliqués, elle engageait et vendait ses bijoux, son argenterie ; elle empruntait de grosses sommes de tous les côtés et se livrait à de prétendus trafics commerciaux frisant l'escroquerie. La découverte de l'aventure après deux ans fut pour la famille une révélation stupéfiante.

Sans rencontrer toujours des observations aussi remarquables on retrouve cette disposition dans une foule de conduites, par exemple chez les personnes qui essayent d'organiser chez elles une fumerie d'opium : « Ce n'est pas que ce soit si agréable, dit Emma, mais j'aime tant faire des choses extraordinaires, c'est si bon d'être emballée », chez ceux qui aiment les procès : « Tenez, dit Héloïse, ces affaires, ces émotions, ce procès m'ont causé de telles vibrations qu'il m'est impossible maintenant de reprendre la vie de tricot sous un arbre avec papa et maman ». On constate le même goût chez les gens qui ont la passion du jeu et M. Marro a déjà noté combien cette passion joue un grand rôle chez les déprimés [1] : Lydia et Léa éprouvent le besoin de perdre de l'argent dans toutes les loteries, « cela coûte plus cher, mais cela fait plus de bien que les remèdes ». Enfin, on observe ces mêmes tendances chez tous ceux « qui ont horrreur de la vie bourgeoise... qui aiment vivre la tragédie... qui se croient un type dans le genre de Pascal ».

On doit rapprocher des impulsions précédentes un groupe de faits plus connus peut-être et très intéressants pour l'étude des impulsions excitantes, je veux parler des impulsions au vol dans les grands magasins, de la *cleptomanie*. J'ai déjà

1. Marro, *La puberté*, traduct., 1902, p. 282.

signalé autrefois plusieurs observations à ce sujet[1], en particulier la manie curieuse de boire du café au lait en mangeant des petits pains volés chez une femme déprimée et attristée par un régime sévère[2]. Mais j'ai eu l'occasion depuis cette époque de relever une observation de vol plus nette et plus démonstrative et cette observation a déjà donné lieu à une étude sur l'effet excitant du vol[3].

Un détail important de l'observation de Mme V. c'est que je connaissais cette malade depuis plusieurs années sans qu'il fût aucunement question chez elle de cette perversion. Cette femme, âgée de 50 ans, présentait de temps en temps à la suite d'émotions et de fatigue des crises de dépression à forme mélancolique avec insomnie, constipation, aboulie complète, inertie et idées obsédantes scrupuleuses : c'était un cas typique de mélancolie à répétition. J'avais déjà observé deux crises ayant duré l'une six mois, l'autre huit mois.

Dix-huit mois après la fin de la dernière crise des symptômes exactement les mêmes recommençaient : même insomnie, même constipation, mêmes scrupules, même sentiment de voile dans les perceptions, etc... Je m'attends à une dépression absolument identique aux précédentes d'une durée probable de six mois. Quelques jours après, à ma grande surprise, la malade se déclare entièrement guérie, et cesse de venir. Sept mois après, son fils vient tout éploré raconter que sa mère a été arrêtée en train de voler dans un grand magasin, qu'une enquête faite chez elle a permis de découvrir une quantité énorme d'objets dérobés dont elle ne s'était jamais servi et dont elle n'avait même pas enlevé les étiquettes.

La pauvre femme raconte qu'au moment de la grande dépression dont j'avais vu les débuts, une amie l'avait emmenée avec elle dans un magasin. Rien ne l'intéressait et c'est au hasard pour acheter quelque chose qu'elle prit sur un comptoir une petite épingle que son amie la poussait à choisir. Elle voulait trouver un vendeur pour régler son achat, n'en trouva pas immédiatement et, comme son amie ne s'apercevait pas qu'elle n'avait rien réglé, elle se laissa entraîner plus loin en tenant toujours son épingle à la main. Après quelques pas elle s'inquiéta, se dit

1. *Névroses et idées fixes*, 1898, II, p. 197, 202.
2. *Ibid.*, II, p. 194.
3. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1911, p. 97.

qu'on allait la prendre pour une voleuse et elle fut très émue à cette pensée. Cette émotion vive lui causa le premier intérêt violent qu'elle eût éprouvé depuis longtemps, elle ne pensa plus à rien d'autre et passa devant les comptoirs en éprouvant un bouleversement délicieux. Elle se sentait en effet infiniment mieux et quand elle rentra chez elle, elle put travailler, s'occuper de son ménage, elle avait retrouvé le courage et la bonne humeur avec l'espoir de la guérison.

Cette excitation malheureusement ne dura pas plus d'un jour ou deux ; la dépression recommença très vite, exactement de la même manière et Mme V... ne put s'empêcher de se souvenir de l'émotion éprouvée au magasin. Elle qui ne pouvait se décider à rien, elle put facilement sortir et retourner au même magasin « pour voir si elle éprouverait encore la même chose ». Malgré de grandes résistances morales elle céda à l'envie d'essayer un nouveau vol. Elle réussit parfaitement et se guérit encore pour quelques jours. Depuis ce moment il fallait recommencer sans cesse... « J'avais trop besoin de faire ces choses pour me soulager... »

En résumé, disais-je pour conclure, deux crises de dépression mentale exactement calquées l'une sur l'autre se prolongeant six à huit mois. Une troisième crise commençant de la même manière est interrompue pendant une période de huit mois dans laquelle domine l'impulsion au vol et elle recommence dès que cette impulsion est arrêtée. On peut facilement vérifier sur ce cas les rapports étroits qui unissent l'impulsion à la dépression et on peut constater comment l'impulsion tire sa force du besoin d'excitation qui se développe au cours de la dépression à la suite des sentiments d'incomplétude [1].

Instruit par cette observation, j'ai recherché les mêmes caractères dans d'autres cas de kleptomanie et je les ai retrouvés dans sept observations. La plus typique est celle de Mc., f. 25 : cette femme a eu une première crise de dépression à l'âge de 19 ans. Après être restée inerte et gémissante six semaines, elle commença à boire et à se livrer à des individus malpropres : « J'ai fait la noce pour m'étourdir et cela m'a très bien réussi. » Dans la deuxième crise survenue à 25 ans la malade semble avoir trouvé un autre remède, car elle ne recommence pas la même

1. *Op. cit.*, p. 103.

conduite dévergondée, mais elle pratique le vol dans les grands magasins qui joue dans son esprit le même rôle.

Dans deux autres observations le vol était compliqué par l'adjonction d'une autre opération sociale également excitante. Nd., f. 17, volait de tous côtés des petits objets, des porte-plumes, des ciseaux, des dés à coudre, mais elle se hâtait de les distribuer aux enfants de l'école de manière à faire « la riche et la généreuse ». Après ces petits succès elle sortait d'une tristesse qui la prenait au moment de ses règles et qui était insupportable. Oc., h. 38, se laissait entraîner à des vols beaucoup plus graves de quelques centaines de francs dans la caisse de son patron. Il ne conservait pas cet argent volé, mais il invitait tous ses camarades et même des inconnus à venir boire avec lui dans un cabaret : « C'est lui qui payait la réjouissance ». Le plus curieux c'est qu'il buvait fort peu lui-même. Il n'avait pas besoin de l'alcool pour se remonter, le succès de cette générosité banale l'émotion de dépenser cet argent qui n'était pas à lui suffisait pour lui causer « une excitation délicieuse qui lui enlevait sa timidité, son bégaiement, sa lâcheté et qui lui donnait la joie de se sentir un moment un vrai homme [1]. »

Une observation de kleptomanie, celle de Len., f. 38, nous montre que l'impulsion au vol, qui avait joué un rôle important dans plusieurs crises de dépression, a été remplacée dans d'autres par des tentatives plus ou moins sérieuses de suicide. Cette remarque nous amène à chercher si dans certains cas les tentatives de suicide ne peuvent pas elles aussi se comporter comme des excitants. Ce fait difficile à vérifier est cependant incontestable dans une observation singulière que j'ai communiquée à la Société de psychologie. Pd., h. 17, est atteint d'une tristesse profonde avec inertie, indifférence qu'il décrit sous le nom de « sa crise d'ennui ». Pour se tirer de là il a essayé, dit-il, de l'ivresse et de la noce pendant six mois sans aucun succès ; puis il a pris la résolution de se tuer. Depuis le moment où il a nettement la pensée du suicide, il se sent beaucoup plus heureux. Cette pensée de la mort par l'émotion qu'elle déterminait l'excitait bien plus que toutes les noces précédentes. Il s'est senti beaucoup mieux en écrivant à des amis des lettres d'adieu très pathétiques, il s'est amusé énormément en tirant un coup de revolver contre sa propre image dans

1. Cf. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1907, p. 348.

une glace. Quand il s'est tiré une balle dans la poitrine, qui n'a fait d'ailleurs que l'égratigner légèrement « il a eu sur le moment une vraie jouissance qu'il n'avait pas sentie depuis longtemps[1]. » Il est bien évident que d'ordinaire l'impulsion au suicide n'a pas ce caractère, mais il est possible qu'elle le prenne quelquefois.

On peut rapprocher des cas précédents les malades qui éprouvent le besoin de se faire peur à eux mêmes, de se causer une douleur morale en recherchant perpétuellement quelque idée pénible ou quelque spectacle lugubre. Nous avons souvent signalé des faits de ce genre à propos de la manie des combles, qui caractérise tant d'obsédés. M. Georges Dumas dans son livre sur « les troubles mentaux et les troubles nerveux de guerre » a présenté à ce sujet quelques observations très intéressantes. « Les idées impulsives de crime qu'il ne réalise guère lui sont utiles par l'émotion qu'il éprouve à les redouter, tout en sachant bien dans le fond de son cœur qu'il ne leur cédera pas. » — « Dans le doute et le vague où sa pensée s'agitait il éprouvait le besoin d'une émotion forte qui le réadaptât au réel..., il pensait à l'horreur du bois de sapins, il se sentait à la fois attiré et épouvanté, il luttait pour ne pas retourner dans ce bois, mais il savait bien qu'il serait vaincu dans la lutte et le pressentiment de sa défait le tonifiait déjà en le faisant souffrir... Là, plein de volupté et d'horreur, il relevait son système nerveux déprimé et sa volonté défaillante en regardant les morts »[2].

La recherche de l'excitation intellectuelle. — Il est juste de constater chez ces malades un groupe d'impulsions d'un ordre plus élevé, ce sont des impulsions à l'exercice exagéré et quelquefois tout à fait déréglé des tendances les plus élevées de l'esprit, des tendances religieuses, morales ou même scientifiques. Nous retrouvons dans ces impulsions les mêmes caractères. Dans certaines scènes d'enthousiasme religieux, comme dans les « revivals » décrits par W. James il semble que l'excitation génitale se joigne à l'excitation religieuse. Cela ne me paraît pas général et dans bien des cas on peut noter un relèvement, une guérison de la dépression à la suite de pratiques ou de sentiments d'ordre purement religieux. Il est évident que beaucoup

1. Cf. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1907, p. 347.
2. Georges Dumas, *Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre*, 1919, pp. 28, 31.

de malades considèrent la religion comme un refuge à leurs dépressions. Madeleine, cette extatique sur laquelle j'espère publier un jour une étude plus complète, est une déprimée constitutionnelle sans cesse exposée aux crises de doute et d'aboulie. Elle se jette dans le délire de la croix pour y trouver du réconfort, elle poursuit Dieu pour qu'il la relève : « Je sens que c'est dans la prière réussie, dans la communion réussie que je trouverai cette joie que j'ai perdue ». Il est de fait qu'elle la retrouve puisque les crises de doute sont interrompues par des périodes d'extase religieuse et de joie intime dans la contemplation de la divinité.

La recherche de la perfection morale peut jouer le même rôle que les pratiques religieuses et il n'est pas difficile de montrer qu'elle peut devenir impulsive chez des déprimés, Les déclamations morales sont fréquentes : « Je suis à un moment où l'on a besoin d'avoir quelque chose de grand à accomplir, cela me guérirait. » — « Je ne suis jamais si bien que lorsque j'ai fait quelque chose de bien : les Idées de Platon, la chasteté des premiers chrétiens, voilà ce qui me plaît à ce moment, voilà à quoi je voudrais arriver » Yd., h. 33, qui est maintenant un inverti sexuel et qui essaye de se guérir en élevant de jeunes gredins « au rang de Messieurs », a commencé par des crises d'exaltation morale au cours de ses premières dépressions. Il voulait réformer sa vie, « devenir meilleur que tous les autres et cet espoir qui remplissait mon cœur me permettait de vivre. » Il serait intéressant de rechercher si un mécanisme de ce genre ne jouerait pas un rôle dans certaines obsessions de scrupule.

On retrouve ce caractère d'une manière plus nette en étudiant les impulsions au dévouement. Dans la plupart des cas ces impulsions au dévouement ne sont qu'une forme des impulsions à la recherche de la domination ou de l'amour. Héloïse parle tout le temps de son dévouement « sûr, discret et tendre : c'est une petite fleur qui ne se fane jamais et qui sent toujours bon. » Mais quand on insiste elle reconnaît qu'elle a « un faux besoin de dévouement comme on a de fausses faims : je hurle de besoin de dévouement et je sais bien que je n'ai qu'à rester près de ma mère très âgée ; ce serait un dévouement tout trouvé, mais c'est trop simple. »

Mais il y a des cas où cette impulsion existe plus réellement, où les sujets sont poussés à se dévouer, à tort et à travers il est vrai, mais jusqu'à l'épuisement complet, sans aucun bénéfice en retour, simplement pour obtenir la satisfaction morale et l'exci-

tation que procure un acte utile aux autres et désintéressé. Lydia et Léa si nettement déprimées et tourmentées par la phobie de la fatigue, retrouvent des forces dès qu'il s'agit de soigner un parent malade. « La seule chose qui me remonte un peu, dit Ep., h. 38, c'est de rendre d'autres êtres heureux puisque je ne peux pas l'être moi-même ; quand je sens que quelqu'un a besoin de moi je reprends de la confiance en moi-même. » Noémi ne retrouve de l'énergie que pour des œuvres de charité : elle a fondé avec succès des associations charitables, elle peut dans de telles œuvres fournir un travail considérable : « Je n'ai de refuge que dans la philanthropie, c'est le refuge des imbéciles et c'est là où on en rencontre le plus. C'est par incapacité de faire autre chose que je me dévoue ; mais il faut reconnaître que c'est quelquefois pour moi un bon remède. »

Id., f. 45, se sent poussée à se dévouer à des petits enfants depuis qu'elle a perdu les siens : elle veut constamment s'occuper d'enfants pauvres, elle veut en adopter malgré la volonté de son mari : « C'est que la vue d'un enfant pour lequel je fais quelque chose me calme ; je suis une autre dès qu'un enfant a excité un intérêt en moi. Quand des enfants viennent chez moi et que je les soigne, c'est comme un voile qui se déchire, cela me fait l'effet de la harpe de David sur le roi Saül. Moi qui ne peux rien faire, rien finir, ni une lettre, ni un morceau de piano, ni une promenade, je ferai tous les travaux pour des enfants, je sens que j'ai quelque chose à faire et je le fais bien. » Ce dévouement aux petits enfants, qui est particulièrement fréquent, peut dépendre comme dans le cas précédent de l'excitation des tendances maternelles chez une femme qui a perdu ses enfants. Mais il peut aussi se rattacher à un phénomène dont nous avons déjà vu une manifestation à propos de la recherche de l'amour, à la recherche d'un dévouement plus facile. C'est cet abaissement du dévouement chez les déprimés qui explique les impulsions fréquentes au dévouement pour des animaux, les singulières impulsions de la zoophilie. J'ai déjà publié deux observations typiques de « la manie des chats » sur lesquelles il n'y a pas lieu de revenir[1].

La rêverie est à la fois un symptôme de dépression, car elle est une activité de moindre tension qui remplace l'activité réelle plus

1. *Névroses et idées fixes*, 1898, II, p. 145 ; *Obsessions et psychasténie*, 1903, II, p. 446.

difficile et un moyen d'excitation car elle permet le développement de certaines activités heureuses. « L'histoire continuée » que je ne puis pas étudier ici d'une manière complète n'est pas précisément un récit que l'on se fait à soi-même, c'est une conduite, une manière de vivre en imagination avec des attitudes, des gestes et des paroles intérieures, à peine esquissées, c'est une autre vie que la vie réelle dans des circonstances plus favorables. Des attitudes analogues à celles que nous prendrions en réalité devant telle personne ou tel objet nous donnent le sentiment de la présence de cette personne ou de cet objet ; des conversations dans lesquelles nous faisons nous-mêmes les demandes et les réponses en changeant quelquefois un peu la manière de parler et l'accent donnent un semblant de réalité à cette vie artificielle. Nous retrouvons dans l'histoire continuée le degré de croyance qui existe dans le jeu ou dans bien des sentiments religieux, cette croyance qui porte sur le caractère agréable, réconfortant de l'ensemble de l'opération sans s'appesantir sur la réalité de tel ou tel détail.

Cette histoire continuée qui existe plus ou moins développée chez la plupart des individus normaux prend un grand développement chez les individus affaiblis dont la tension insuffisante s'accommode mal de la réalité et qui préfèrent vivre à leur manière dans un milieu artificiel à leur convenance. Dans presque toutes les observations je constate que l'histoire continuée tenait dans la vie une place énorme, surtout pendant les premières années de la maladie quand la dépression était légère : souvent on la voit disparaître plus tard pour céder la place aux obsessions proprement dites.

Dans les cas qui nous intéressent particulièrement en ce moment l'histoire continuée se développe davantage, elle devient un besoin, une impulsion. Les malades sentent perpétuellement le besoin de revenir à leur histoire, de la continuer en répétant indéfiniment le même chapitre avec une avance très lente ; ils sont très mécontents quand on les interrompt en leur demandant quelque action réelle. Ils sont toujours distraits parce qu'ils pensent constamment à « leur histoire » et quelquefois ils se laissent aller à faire quelque geste, quelque sourire, à prononcer à demi-voix quelques mots qui laissent deviner leur rêverie perpétuelle. Il serait trop long d'énumérer les observations où l'on trouve d'interminables rêveries de ce genre : j'en ai déjà publié plu-

sieurs exemples et les autres seraient analogues. L'obsession de la beauté chez Lydia est évidemment sortie graduellement d'une rêverie sur les succès mondains : « Rien ne me relevait comme de me raconter à moi-même des histoires de bal où je réussissais parfaitement, il me semblait que j'y étais et ces triomphes me causaient une joie infinie. Je n'ai jamais eu d'autre intérêt dans ma vie que ces histoires. » On est étonné de voir que Rc., h. 30, passe sa journée à parcourir des pages du Bottin et qu'il est furieux si on veut lui retirer des mains ce livre d'ordinaire moins passionnant. C'est que les noms et les adresses servent simplement de point de départ à son imagination et qu'à propos de chaque mot il recommence ses rêveries ambitieuses : « Je me représente que je suis le chef de ce quartier, le roi de ce pays... Quand je marche avec des airs de roi, quand je me tiens comme un grand personnage, je me sens plus adapté, plus libre, libre de faire n'importe quoi ; il me semble que je manque de point d'appui, j'ai besoin de me fortifier en me disant que je suis quelque grand personnage, quelque Manitou, n'importe quoi et le Bottin m'aide à imaginer cela. »

Comme on le voit dans l'observation précédente, le contenu même de l'histoire continuée peut avoir un caractère pathologique en rapport avec le besoin d'excitation des déprimés. Des psychasténiques avec ces insuffisances psychologiques des fonctions génitales, qu'il ne faut pas confondre avec des insuffisances physiologiques de ces fonctions, ont des histoires continuées d'amour qui ont un caractère bien spécial. L'un se représente qu'il est la victime d'une grosse énorme femme, d'une vulgarité bestiale, qui monte sur lui, l'écrase et le bat ; plusieurs imaginent qu'ils sont dirigés durement, commandés brutalement par un individu qui leur impose de sales besognes et les punit d'une manière humiliante. Xg., h. 42, se représente constamment qu'un sale individu entre dans la chambre où il est couché avec sa femme, qu'il le fait lever du lit, l'oblige à préparer le café dans la cheminée et à le lui servir, tandis qu'il a des relations avec la femme restée dans le lit sous les yeux du mari. Ce qui est remarquable c'est que ces histoires à chaque instant répétées procurent au sujet une grande joie, le soulèvent au-dessus de lui-même et aboutissent souvent à des spasmes voluptueux que le sujet ne peut pas se procurer autrement. Le malade paraît s'exciter par la représentation de l'humiliation qui réveille des tendances à la

défense, à l'indignation et ces tendances vont exciter les tendances génitales insuffisantes : il y a là une combinaison complexe des érotomanies et des impulsions à la rêverie.

Un degré de plus et les rêveries se manifestent par des actes un peu plus réels : le sujet éprouve le besoin de les fixer par l'écriture. C'est là le point de départ de ces innombrables lettres, de ces élucubrations que certains malades ne peuvent se dispenser d'écrire toute la journée... « Mon mari avant de revenir me voir m'écrit d'énormes lettres aussi enflammées que ridicules, il éprouve le besoin de se remonter... il a besoin de se piquer lui-même. » La célèbre observation d'Hélène Smith que M. Flournoy a publiée dans son livre « des Indes à la planète Mars », 1900, représente un cas où l'histoire continuée prend cette forme.

Une observation singulière peut servir d'intermédiaire entre les impulsions au dévouement et les impulsions littéraires ou artistiques. Un homme de 36 ans, Ih., d'une instruction sommaire, présente une manie qu'il trouve lui-même absurde, mais dont il ne peut pas se débarrasser : à peu près tous les jours et souvent plusieurs fois par jour il rédige des lettres adressées à tous les grands personnages de la terre, aux rois, aux ministres, aux généraux. Ces lettres sont des suppliques ou des exhortations à l'indulgence et à la charité. Dès qu'il lit dans un journal la nouvelle d'une condamnation quelconque, il écrit au souverain pour demander la grâce du condamné. Il écrivait sans cesse au Czar de Russie en faveur des déportés de Sibérie.

Ces lettres il les met à la poste recommandées et il dit tristement : « Cela finit par me coûter bien cher. » Il faut remarquer en effet qu'il n'y a là aucun délire proprement dit et qu'il ne s'agit pas de la manie épistolaire des revendicateurs ou des persécutés. Ce brave homme se rend bien compte que ses lettres ne signifient rien et qu'elles n'arrivent probablement pas à destination : « au fond, ce n'est pas pour le Czar que j'écris, c'est pour moi-même » En premier lieu, il estime que par ces gestes de générosité il répare les prétendus crimes dont sa conscience scrupuleuse s'accuse, en second lieu il ressent une vanité puérile à la pensée « qu'il sait tourner une lettre au Czar de Russie et s'il met les lettres à la poste c'est pour qu'à ses yeux la lettre ait plus de sérieux, pour qu'il la rédige bien jusqu'au bout. »

La recherche passionnée et vraiment impulsive de l'excitation intellectuelle est très fréquente : beaucoup de ces malades ont,

comme le dit Noémi d'elle-même, « la manie des Intellectuels » et aspirent constamment à s'approcher de personnages qui ont une réputation dans les arts ou les lettres. Ils se figurent que « leur maladie cesserait tout de suite s'ils quittaient le milieu trop simple de leur famille pour la société des gens d'esprit ». Combien de femmes aiment « le luxe, l'intellectuel, ont horreur du pratique et aspirent à une Société littéraire à la place de leurs maris et de leurs enfants qui les rendent malades ». D'autres ont constamment le besoin d'assister à des conférences, à des spectacles, à des concerts, sinon, comme dit Pépita : « Je m'embête et je suis malade. » Ceux qui ont goûté eux-mêmes l'émotion de se montrer sur la scène ne peuvent plus s'en passer et la regrettent indéfiniment s'ils l'ont perdue : « Dans le monde je me fais belle pour trois personnes, au théâtre c'était pour mille. »

La lecture est pour beaucoup un besoin qui devient vite une manie dangereuse : c'est un travail facile qui demande peu d'efforts, qui permet de sortir de la vie réelle et qui facilite la rêverie. Pepita dans ses lectures se laisse aller au débordement de son imagination et se figure toujours jouer elle-même le rôle des personnages : elle ne tarde pas d'ailleurs à transformer l'histoire qu'elle lit afin de jouer le plus beau rôle : il est tout à fait banal de rencontrer des névropathes qui ont des impulsions « à absorber des bibliothèques ».

Quelques-uns de ces malades, et ce ne sont pas nécessairement les plus intelligents, vont encore plus loin et se lancent dans des études et même dans des compositions littéraires. Emma se découvre une vocation d'auteur et s'enthousiasme pour la rédaction de quelques petits morceaux littéraires et même pour la composition de romans. « Toutes sortes d'idées bien connues et rebattues sont pour moi des découvertes et des trésors : décrire l'orage, le clair de lune, l'amour, la colère, n'est-ce pas une œuvre admirable ! Il me semble qu'il y a là une puissance mystérieuse qui me transforme, la littérature case mes idées. » Yd. oublie de temps en temps de se vouer à l'éducation de ses jeunes amis pour écrire un livre « qui sera le grand travail de ma vie » et il apporte à ce travail la même passion exclusive qu'à ses amours homosexuels. Uj., h. 42, consacre plusieurs heures chaque jour à la rédaction d'œuvres littéraires bizarres, fantastiques et compliquées qu'il « est pour le moment seul à comprendre, mais qui le conduiront à une gloire immortelle ».

Souvent un goût particulier porte les psychasténiques vers les études de psychologie et de philosophie : Kb., h. 29, se sent entraîné vers « la dissection des esprits » et Uw., h. 47, a la manie des constructions philosophiques et surtout des études sur ce qu'il appelle « la technique du raisonnement ». On retrouve dans ses études ses manies de perfection et de scrupule : sa technique du raisonnement est évidemment un système qu'il veut appliquer lui-même pour bien raisonner comme d'autres cherchent des systèmes pour bien respirer, mais cependant certaines de ces études ne sont pas sans valeur. On pourrait certainement trouver un grand nombre d'écrivains, non sans réputation, qui ont été poussés à faire leurs œuvres par un besoin maladif d'excitation. Enfin l'impulsion à la composition musicale et même l'impulsion à des recherches scientifiques plus ou moins sérieuses peuvent s'observer chez quelques-uns.

Nous avons déjà vu en étudiant la fatigue que les phobies sont souvent des sortes de réactions de défense dans lesquelles l'esprit essaye d'éviter l'épuisement en s'arrêtant devant telle ou telle action, soit qu'elle soit réellement la plus coûteuse, soit qu'il la considère à tort comme telle. Si je ne me trompe, un grand nombre d'impulsions sont des phénomènes du même genre : ce sont des réactions de défense et de guérison de l'esprit qui essaye, non d'éviter l'épuisement, mais de développer sa force et d'acquérir une plus haute tension en recherchant certaines actions réellement excitantes ou qu'il se figure être telles.

4. — La valeur des actes impulsifs.

Le développement des actes impulsifs est considéré comme un phénomène maladif et cela est juste, car il résulte de la diminution ou de la suppression des assentiments réfléchis, c'est-à-dire d'un abaissement notable de la tension. On en conclut d'ordinaire immédiatement que les actes effectués par le malade sous l'influence de l'impulsion sont toujours des actes absurdes, dangereux et qu'ils ne peuvent avoir pour lui aucune utilité : c'est là une conclusion un peu rapide qui demande plus d'examen.

Il est évident que cette appréciation est fort juste pour un grand nombre de ces actes. Les intoxications de toutes espèces,

les ivresses, les alimentations excessives ne peuvent qu'augmenter les troubles de la santé et loin de guérir les dépressions les augmentent. La poursuite de l'excitation sexuelle à tout prix, la recherche d'amants faciles et au-dessous d'eux épuisent les malades, les font tomber dans les inversions et les perversions sexuelles, les exposent à toutes sortes de dangers et les jettent dans des situations fort humiliantes. Le vol dans les magasins finit par être découvert, il détermine des arrestations, des procès, des chagrins qui ne sont guère favorables au traitement d'une femme déprimée. Les impulsions autoritaires, les taquineries, les bouderies, les méchancetés, les scènes fatiguent et dégoûtent l'entourage et amènent l'isolement que les malades redoutent pardessus tout. Les manies d'aimer et d'être aimé exagérées et maladroites ne sont pas comprises et font considérer les malades comme des femmes inconcevantes, dangereuses, que l'on redoute et dont on s'écarte. Le malade peut se faire du mal à lui-même dans ses bouderies, dans ses comédies pour attirer la sympathie, pour se rendre intéressant. « Il se découvre la poitrine et le ventre et se met au balcon en s'exposant au vent glacé : c'est pour punir sa femme de lui avoir manqué d'égards. Il veut lui montrer qu'il sera malade par sa faute à elle, et, en effet, après cela il se plaint d'avoir la diarrhée, il aurait aussi bien pu avoir une pneumonie. Ce sont des gens qui vous punissent sur eux-mêmes, qui se vengent sur eux-mêmes, ce n'est pas autre chose qu'une bouderie poussée à l'extrême. » Des jeunes filles refusent de manger pour émotionner leurs parents, elles boudent leur ventre, mais peuvent arriver ainsi à l'anorexie névropathique et à la tuberculose. Des pseudo-suicides organisés pour attirer l'attention peuvent avoir des résultats funestes. Le danger réel de tous ces actes exécutés par impulsion est donc manifeste.

Dans d'autres cas l'objet que les malades se proposent d'atteindre est manifestement inaccessible : ils cherchent à faire des actes impossibles et par conséquent il est évident qu'ils n'arriveront jamais par ce moyen ni au succès, ni à la guérison. Uj. n'arrivera jamais à faire régner la pudeur dans tout l'univers « pour se réserver à lui seul le jardin secret ». L'amant parfait dont Pepita nous décrit le portrait enchanteur n'est pas à sa disposition et n'y sera jamais. Ces femmes veulent concilier leur goût des aventures risquées et leur amour de la respectabilité bourgeoise : « J'ai besoin d'aimer follement, mais je veux garder mon

foyer, respectable, solidement construit, je suis un vieux tableau qui ne peut pas se passer de cadre. » C'est fort bien, mais ces deux désirs sont dans notre société absolument contradictoires et il est clair que de telles tentatives sont condamnées d'avance au plus lamentable insuccès. Lox., f. 50, dans un voyage pendant la guerre, a assisté à une explosion dangereuse et a été ensuite transformée pendant plusieurs jours : « Je ne puis pourtant pas, dit tristement son mari, lui fournir tous les jours des bombes qui éclatent à cent mètres. »

Dans d'autres circonstances les actions poursuivies sont simplement très difficiles, elles exigent de l'attention, de la persévérance et une grande dépense de forces : « L'amour même est un effort, dit très bien Héloïse, plaire, conquérir, garder demandent du travail, du surmenage, il faut que la joie ressentie fasse disparaître l'effort, c'est bien rare. » Aussi nos malades s'épuisent-elles à la recherche de la perfection de l'amour. Ib., cette jeune fille de 23 ans qui mène de front cinq intrigues amoureuses, ne peut plus continuer : « Ces calculs, ces combinaisons, ces mensonges continuels m'ont fatiguée et embrouillée, j'ai fini par être dégoûtée. »

Les femmes qui cherchent simplement l'excitation dans les succès mondains se donnent une peine énorme pour leur toilette, pour leurs visites, pour leurs réceptions : « Si je fais trop d'efforts pour plaire en visite ou à table, je sens un arrêt dans ma tête, je ne suis plus à la conversation, je sens que j'ai dépassé mes forces et que cela me fait mal ; mes traits se tirent, je rentre épuisée prête à avoir une attaque. » Émile, h. 18, agoraphobe, obsédé scrupuleux, ne veut plus faire aucune action en dehors de la lecture, il dévore de gros livres de littérature et d'histoire, même pendant ses repas, même quand il est couché la nuit ; il devient violent quand on essaye de lui enlever ses livres. La lecture qu'il réclame comme une distraction facile et excitante est devenue pour lui absorbante et épuisante. En un mot, la dépense qu'occasionne l'impulsion finit par être bien plus grande que le bénéfice qu'elle rapporte et au total elle ne remonte pas le malade, elle l'épuise.

Dans certains cas, cette impossibilité de la résignation, cette prolongation indéfinie de l'effort et de l'entêtement malgré le circonstances complètement contraires et malgré l'épuisemen entraîne les malades plus loin et les amène au délire. Le malade

qui, d'ailleurs, a toujours eu une disposition à jouer la comédie, s'entête à continuer son acte, son affirmation en dépit de tout, même quand cet acte ne peut plus du tout s'adapter aux circonstances extérieures. Sophie continue à se dévouer à sa mère à lui apporter des coussins, à garnir de serviettes le coin des meubles, même quand en réalité elle est dans une maison de santé loin de sa mère. Ue., f. 35, qui cherche l'amour pour se remonter, se masturbe en déclamant qu'elle se livre à des hommes qui passent et qu'en le faisant elle sauve le monde. Tc., h. 45, obsédé amoureux parle sans cesse à la photographie de sa belle et l'entend clairement lui répondre. Il y a là une des origines les plus curieuses du délire et de l'hallucination.

Il suffit de rappeler ces inconvénients et ces dangers pour montrer que le médecin n'a pas tort de considérer ces impulsions prétendues excitantes comme fâcheuses et dangereuses malgré les illusions des malades. Il n'est pas difficile de découvrir dans la conduite des impulsifs les caractères qui amènent tous ces dangers. Il y a dans de tels actes de la maladresse et de l'ignorance : le malade semble se précipiter sur le premier acte venu qui lui procure un plaisir momentané sans s'inquiéter des conséquences. L'exagération de l'acte est manifeste et des malades s'accrochent à des actions qui deviennent absurdes et dangereuses par leur répétition et par leur augmentation

Le grand inconvénient de ces impulsions à la recherche de l'excitation et du bonheur c'est leur étroitesse, leur exclusivisme. L'un se figure trouver le bonheur dans la boisson ou dans le vol, l'autre dans l'amour d'une personne déterminée et chacun est incapable de rien concevoir en dehors. Cet exclusivisme provient de la maladie elle-même : le rétrécissement du champ de la conscience n'existe pas seulement dans les fonctions personnelles de l'hystérique, il caractérise aussi les actions et les efforts de tous les psychasténiques. Ils ne peuvent tous avoir qu'une seule activité à la fois, ils dépensent toutes leurs forces dans une seule chose et quand ils conçoivent une ambition, ils ne peuvent en entrevoir aucune autre. Céline qui passe sa vie « à attendre le bruit des pas de l'amoureux qui monte l'escalier pour venir la chercher », reconnaît que depuis quinze ans elle n'a pas pu penser à autre chose, ni entrevoir un autre but à sa vie. Héloïse qui aime à faire des réflexions subtiles sur ses sentiments se rend bien compte de cet exclusivisme : « Dans l'état anormal les

malades de mon espèce ramènent tout à l'unité. On n'a peur que d'une seule maladie, on n'a la préoccupation que d'un seul danger, on n'a qu'une passion. C'est comme si tout dans l'âme restait ténébreux et indifférent sauf un point sur lequel brille toute la lumière. De cette unité naît un manque absolu d'équilibre : c'est vouloir courir avec une seule jambe, c'est n'avoir qu'un œil. Aussi quelle crainte de le perdre cet œil, quel sentiment de sa valeur, de sa fragilité ! Une chose devient tellement tout qu'il en résulte une angoisse constante, un malaise, une douleur infinie, coupée par quelques joies si intenses qu'elles en deviennent douloureuses à l'arrière-goût. »

Cet exclusivisme amène en effet, l'exagération de l'effort et l'entêtement : l'acte qui, s'il restait modéré, serait peut-être tonique est poussé beaucoup trop loin et répété indéfiniment il détermine l'épuisement. « Je ne connais pas les demi-mesures, les demi-affections. Comment rester dans une demi-teinte contraire à ma nature qui ne sait rien faire ou rien donner à demi... Dans mon état bien portant je me rends compte que je pourrais me passer quelque temps d'une personne... Dans cet état anormal (dépression) je suis incapable de supporter la pensée d'une séparation même momentanée : cette inquiétude rend la passion fébrile ; on redoute à chaque instant la catastrophe, on s'accroche désespérément, on s'épuise dans un effort de tous les instants, c'est une vie terrible. » En un mot nous retrouvons ici les défauts habituels de l'action des déprimés, leur manque de réflexion, leurs accrochages, leur incapacité de résignation et de changement, leurs manies des efforts et leurs entêtements : « On me croit très énergique parce que je ne cède jamais, je travaille indéfiniment à mes fins même quand il est évident que je ne peux aboutir à rien. » Ces dangers de l'acte des impulsifs sont donc en quelque sorte accidentels : ils résultent de la manière maladroite dont ils ont été exécutés.

Aussi, quand on a bien constaté ces inconvénients et ces dangers, ne faut-il pas immédiatement conclure que ces impulsions des malades sont complètement absurdes et ne présentent jamais pour eux aucune utilité. Elles ne seraient pas si fréquentes et ne subsisteraient pas si longtemps si elles n'avaient réellement aucune valeur. Si nous les voyons toujours ridicules ou dangereuses, c'est que nous sommes peut-être placés dans de mauvaises con-

ditions d'observation. Le médecin n'observe ces impulsions que chez le malade qui le consulte à leur propos, c'est-à-dire qui en ressent les mauvais résultats : en un mot, nous n'observons les impulsions que lorsqu'elles ont raté leur effet. Si par hasard quelqu'une de ces impulsions avait une action favorable et tirait le sujet de sa dépression, il ne viendrait pas chez le médecin pour s'en plaindre et nous ne le verrions pas à ce moment. C'est ce qui s'est passé pour M[me] V. qui avait cessé complètement de me voir pendant la période de ses vols dans les magasins et que je n'ai revue malade qu'au moment où ses vols ont été interrompus.

Nous avons fait dans un chapitre précédent une remarque curieuse à propos des groupes névropathiques, c'est que autour du malade reconnu comme tel et amené au médecin il y a presque toujours dans les familles une ou deux autres personnes présentant les mêmes tares psychasténiques souvent à un haut degré et dont la maladie est méconnue. Très souvent ces malades méconnus sont des autoritaires avec exigences, taquineries, manies des scènes, etc. N'est-il pas vraisemblable que ce sont ces impulsions autoritaires qui les satisfont et les remontent assez pour dissimuler à peu près aux regards des autres et à leurs propres regards la dépression dont ils sont atteints. Pour se rendre compte des effets de certaines impulsions, il faut les étudier chez des malades qui ne s'en plaignent pas, chez qui elles existent à l'insu du médecin, ou bien examiner leurs effets antérieurs avant qu'elles ne soient devenues aujourd'hui inutiles ou néfastes.

Si on se place dans ces conditions, on est obligé de constater qu'un grand nombre des impulsions précédentes ont eu au moins pendant un certain temps de bons effets, qu'elles ont réconforté le malade et supprimé ou diminué sa dépression. J'ai déjà cité dans un travail précédent beaucoup d'exemples de ces améliorations au moins passagères déterminées par ces actions que les malades se sentent poussés à accomplir[1] : il est facile d'ajouter ici d'autres observations nouvelles du même genre.

La dromomanie de Ms., f. 35, qui faisait à pied 46 kilomètres en trottant derrière une voiture lui a procuré pendant plusieurs mois une activité et des sentiments à peu près corrects ; quand elle s'est sentie trop fatiguée, elle s'est arrêtée et alors elle est

1. *Obsessions et psychasténie*. 1903, I, p. 543.

devenue boulimique pour remplacer une excitation par une autre et l'excès d'alimentation a déterminé des troubles de l'estomac. Depuis qu'on ne la laisse plus ni marcher ni manger, elle est dans un état de dépression complète. Un grand nombre de ces mères de famille dont j'ai décrit l'autoritarisme et la méchanceté tombent malades quand on retire leur fille de leurs mains, elles avaient besoin d'un souffre-douleur et ne se maintenaient à un niveau suffisant qu'à la condition de le tourmenter.

Les vols dans les grands magasins sont considérés aujourd'hui chez Mc., f. 25, comme une impulsion pathologique parce que nous constatons à la suite de leur suppression les symptômes de la dépression sous-jacente, mais il y a quelques années cette femme a présenté des impulsions à boire et à faire la noce avec des amants malpropres que l'on considérait uniquement comme de la mauvaise conduite : c'est qu'à ce moment la dépression était entièrement supprimée par cette excitation et que la malade active et gaie ne présentait aucun trouble apparent. Len., f. 35, ne retombe dans la mélancolie et dans les idées de suicide que depuis la cessation des vols : « ma famille, dit-elle, aime peut-être mieux que j'essaye de me tuer. »

Il ne faut pas oublier l'observation si curieuse de Mme V. : l'état mélancolique qui avait déjà été observé dans deux longues crises précédentes et qui recommençait nettement dans la troisième a été complètement interrompu pendant huit mois par le vol dans les grands magasins. Ce manège a eu un résultat merveilleux puisque pendant tout l'été il a en apparence supprimé la dépression : Mme V. était active, n'avait plus guère d'hésitations et n'avait plus ni constipation, ni insomnie, tout son entourage la croyait guérie... L'excitation se maintint encore quelques jours après l'arrestation et Mme V. avouait qu'elle conservait encore l'envie de recommencer ; une dizaine de jours plus tard l'attitude avait complètement changé : loin d'avoir encore envie de voler, elle était honteuse et désolée à la pensée de ce qu'elle avait fait. Mais en même temps la malade était de nouveau en pleine dépression qui s'est prolongée encore trois mois après l'interruption des vols. Ceux-ci ont donc eu nettement le pouvoir étrange d'interrompre le cours de la dépression mélancolique et de transformer le corps et l'esprit pendant huit mois.

Vc., h. 43, qui est évidemment un faible et qui a eu des obsessions de scrupules dans sa jeunesse, a toujours été un grand

joueur : « il n'a jamais dans sa vie eu d'autre intérêt que les émotions du jeu. » Or récemment à la suite d'une grosse perte dans une seule nuit il a été effrayé et sur les instances de sa famille il a complètement renoncé au jeu. Quelques mois après ont commencé toutes sortes d'obsessions hypocondriaques et de phobies, n'est-il pas vraisemblable que la suppression du jeu y est pour quelque chose ?

Mais il me semble intéressant, à une époque où les études de psychopathologie sexuelle sont de nouveau plus cultivées d'insister sur quelques observations caractéristiques d'impulsions amoureuses. Wb., h. 58, a toujours été un homme à bonnes fortunes, il aimait les plaisanteries gauloises, cultivait la poésie anacréontique et se flattait de rivaliser avec Don Juan. Une dernière aventure a mal tourné et lui a inspiré le sentiment qu'à son âge il était nécessaire de faire retraite. Le trouble amené par cette déception et ce changement de vie fut énorme : non seulement Wb. perdit tout intérêt aux choses de l'amour, aux plaisanteries et aux petits vers, mais il perdit toute volonté, toute croyance, toute activité et il resta vingt mois dans une dépression profonde. L'observation de Pya. est analogue quoique les goûts amoureux aient été d'une qualité inférieure. Cet homme de 45 ans, célibataire, ayant une petite fortune, ne travaillant guère, ne s'est intéressé pendant toute sa vie qu'aux conquêtes féminines faciles : c'est de cette source unique, comme je l'ai déjà fait remarquer, qu'il tirait son excitation psychologique. A la suite d'un voyage fatigant et de craintes relatives à une infection génitale il éprouve un échec complet dans ses tentatives auprès de sa maîtresse. La dépression porte au début uniment sur la fonction sexuelle, Pya. qui se croit impuissant et quique se conduit comme tel cesse complètement de s'intéresser aux femmes, aux intrigues romanesques, aux toilettes, aux photographies dont il s'occupait exclusivement depuis sa jeunesse. Mais cette dépression ne tarde pas à s'étendre : tous les autres intérêts et toutes les autres actions disparaissent successivement. Le malade en arrive à une inertie complète avec sentiments d'incapacité et obsessions impulsives au suicide : « il n'a jamais eu d'autre joie, ni d'autre bonheur ; cela supprimé, il ne lui reste rien, rien, rien ! » Bsi., h. 41, après le départ de sa maîtresse qui le remontait et le faisait travailler crie aussi : « Seul ! seul ! seul ! Il n'y a plus personne, personne ! je suis

dans le vide ! » On constate chez tous ces malades qui ont perdu leur tendance excitante une dépression profonde comme s'ils avaient perdu leur raison de vivre, parce que cela seul était l'excitant de leur vitalité.

Après vingt mois de maladie, Wb. commence à se rétablir quand il fait accidentellement la remarque qu'une femme était jolie et bien habillée ; la restauration graduelle des fonctions génitales chez Pya. a été également le point de départ de la guérison. Ces faits sont à mon avis si importants que je désire les préciser par d'autres observations.

Le psychologue ne peut pas écouter sans intérêt les explications de Pepita qui garde un souvenir complet de tout, qui regrette les pertes de bijoux et d'argent ainsi que les souffrances causées par elle à sa famille, mais qui s'explique parfaitement sa propre conduite : « Que voulez-vous, cette dernière aventure a été un peu loin et elle a mal tourné, j'en conviens ; mais beaucoup d'autres l'avaient précédée, qui n'avaient été que délicieuses. Je souffre trop dans la tranquillité monotone de la vie bourgeoise, j'ai la tristesse de l'heure qui passe, je deviens épouvantablement malade si je n'en sors pas un peu. Voyez l'histoire de ma vie ! toutes mes grandes maladies nerveuses sont survenues pendant les périodes où j'étais raisonnable et je ne me suis guérie qu'en changeant de vie. J'ai un ménage correct, c'est pour le décorum ; mais au fond j'aime la vadrouille, j'aime à sentir autour de moi l'atmosphère du vice, cela me grise et cela me guérit. J'aime à vivre plusieurs vies à la fois, une seule vie c'est trop monotone pour moi. Si c'était possible, je voudrais être tantôt homme, tantôt femme ; au moins je change de milieu, de nom, de tout. Je vois la vie étrange des gens qui s'amusent, qui conspirent, qui volent, je m'y mêle. J'ai cru d'ailleurs jouer un beau rôle, j'ai voulu guérir ce garçon, le relever, lui trouver une position : oui, moi aussi, j'ai voulu relever les anges déchus, c'était au moins une distraction. Si je ne l'ai pas relevé lui, je me suis bien relevée moi-même, car jamais je n'ai été si bien portante que pendant cette aventure et c'est depuis qu'elle est finie que je suis tout le temps malade. » Ses aventures galantes sont abominablement dangereuses, c'est entendu, et notre devoir est de ne pas lui permettre de les recommencer. Mais si nous nous plaçons au point de vue scientifique et non au point de vue moral, nous sommes obligés de

constater que pendant les dix-huit mois de sa vie romanesque en partie double elle se portait parfaitement bien, tandis qu'elle était auparavant toujours malade et confinée dans des maisons de santé, que depuis la fin de cette aventure elle est dans un état pitoyable et qu'encore maintenant elle se rétablit momentanément quand elle a l'espoir de recommencer.

Ib., f. 23, est aujourd'hui épuisée par ses amours excessifs et compliqués avec cinq amants « qui devaient s'ignorer l'un l'autre ». Elle a dû cesser ces intrigues difficiles « parce qu'elle finissait par s'y perdre et que c'était à la fin plus fatigant qu'amusant ». Mais ces intrigues l'ont soutenue pendant plus d'un an : « Ce sont toutes ces petites histoires qui m'ont aidée à vivre et je ne vis plus depuis que j'ai dû les cesser. » Les rêveries de Céline sur le mariage et sur le fiancé dont elle attend les pas dans l'escalier lui ont donné le courage de vivre et, quand pour se guérir de ses masturbations continuelles, elle prend la résolution de n'y plus penser, quand elle se répète qu'à 29 ans il faut renoncer aux amours, elle devient beaucoup plus déprimée et désespérée et il faut lutter contre ce renoncement. Yd., h. 33, a une vie absurde avec ces individus louches dont il veut faire des gentlemen, c'est évident ; mais enfin, nous n'avons eu à le soigner que depuis le moment où son ami préféré l'a complètement abandonné : pendant plus d'un an cette cohabitation lui avait permis de travailler correctement et de se croire guéri. Les fugues que nous avons décrites semblent avoir arrêté chez lui une dépression commençante, puisque, au moment où nous les supprimons, le malade tombe beaucoup plus bas et doit passer plusieurs mois dans une maison de santé.

L'histoire de Xc., f. 37, est des plus intéressantes, elle semble réaliser une vraie expérience. Cette jeune femme a été depuis sa jeunesse une grande déprimée avec toutes les obsessions scrupuleuses. Quand elle eut 25 ans elle fut obligée de soigner sa mère gravement malade : peu à peu elle s'enfonça dans sa tâche avec une véritable passion, ne s'occupant plus que de sa mère, jour et nuit, avec une exagération de dévouement évidente. Cette passion de dévouement sembla l'empêcher de penser à ses obsessions, la releva et la guérit pendant près de deux ans. Quand la mère mourut, Xc. se trouva toute désemparée, retomba complètement dans l'aboulie et les scrupules, avec insomnie, amaigrissement, etc... Un an après, elle rencontra une jeune

femme intelligente et bonne, mais passionnée et dévoyée qui arriva à la séduire et à lui faire apprécier les satisfactions de l'amour féminin. Malgré des difficultés inouïes causées par l'indignation des parents et l'hostilité de l'opinion publique dans une petite ville, ces deux femmes parvinrent à vivre ensemble. Quel en fut le résultat? Pendant trois ans, Xc. se porta très bien et n'eut plus de troubles nerveux, ni mentaux. Aujourd'hui Xc. a réussi à renoncer à ces relations immorales et a rompu l'association; peut-être des influences religieuses ont-elles joué un rôle dans cette rupture, peut-être l'abus et la fatigue ont-ils détruit le charme. Quoi qu'il en soit elle est de nouveau inerte et obsédée, elle ajoute l'agoraphobie à ses anciennes obsessions. Si au moment de rencontrer son amie, elle avait consulté un médecin pour ses troubles psychasténiques et si ce médecin avait organisé un traitement qui eût amené la guérison pendant trois ans, nous crierions au triomphe; dans tout cet ouvrage nous avons admis qu'une guérison se maintenant sans rechute pendant un an indiquait la grande valeur d'un traitement. Comment pourrions-nous alors contester la valeur sinon morale, au moins médicale des amours étranges qui ont transformé cette jeune femme pendant trois ans?

Héloïse n'est considérée comme malade que depuis deux ans et depuis ce moment nous déclarons pathologiques ses impulsions à la recherche de l'amour. Mais elle nous raconte que depuis quinze ans elle a toujours été amoureuse de la même façon : « Je n'ai jamais été sans amour si ce n'est pendant mes grossesses et les mois d'allaitement de mes enfants. » Qu'est-ce à dire : c'est qu'il y avait des périodes, grossesses et allaitement où, comme nous l'avons observé cent fois, une excitation physiologique naturelle faisait disparaître toute disposition à la dépression. Mais dans toutes les autres périodes cette femme avait besoin d'une excitation morale particulière pour se soutenir à un niveau suffisant et les impulsions aux aventures galantes se développaient régulièrement comme une réaction de défense. « Durant les périodes où j'ai été dans l'atmosphère d'une affection tendre et réciproque, j'étais un rayonnement, un être vivant et vivifiant, maintenant je suis une morte qui parle et qui pleure... Je suis toujours guérie de tout dès que je suis amoureuse. Parlez donc de mon entérite muco-membraneuse, je puis avoir des diarrhées glaireuses 25 fois par jour, tout est guéri en cinq minutes et mon

intestin digère parfaitement pendant quinze jours si j'ai une bonne lettre de mon petit ami... » Il lui suffit encore de quelques succès mondains pour la mettre dans l'enthousiasme et la rétablir momentanément. « Que de détails à régler! les gens à présenter, les gaffes à éviter, les compliments à distribuer, ce qu'il faut dire à droite, ce qu'il faut taire à gauche, le vin rouge à celui-ci, le blanc à celui-là, le cognac fort par ici, l'exquis par là, les cigarettes de telle ou telle provenance selon les goûts de chacun, comment voulez-vous que l'on soit malade quand on a tout cela à faire? » Nous pouvons penser que ce sont là des petitesses absurdes, mais il n'en est pas moins vrai qu'après cette réception elle dort fort bien, ce qu'elle ne faisait pas depuis des mois, et qu'elle ne se plaint plus de rien pendant huit jours. « Et si par accident quelque homme intelligent a l'air de s'intéresser à moi, cela met tant de lumière dans mes yeux que j'en éblouis ceux qui par bonté se sont penchés sur moi. Vous ne voulez pas y croire, mais c'est là pour moi le meilleur médicament. »

La poursuite entêtée des succès mondains, la vanité de sa figure, les coquetteries puériles sont aujourd'hui bien déplacées pour Lydia dans son petit ménage simple et nous sommes comme elle-même étonnés de son éternelle obsession de beauté. Mais ces conduites étaient considérées comme charmantes et réussissaient fort bien pendant des années quand elle était jeune fille: « Je n'étais pas au fond plus forte que maintenant quand j'étais jeune fille et cependant je faisais fort bien une foule de choses que je ne puis plus faire. C'est que j'avais constamment des promenades, des patinages, des dîners, des bals. J'étais entourée de gens qui me faisaient la cour; je ne me demandais pas si j'étais jolie, tout le monde l'affirmait autour de moi. Déjà à ce moment, si je me figurais avoir eu moins de succès à un bal, j'étais malade et je ne pouvais plus me traîner jusqu'au bal suivant où je me ranimais. Pour vivre la vie et ne pas simplement regarder la vie, il faut du succès et une petite femme a le succès qu'elle peut. »

On pourrait résumer ces conclusions sur l'influence des actes impulsifs en rappelant d'anciennes études sur les conséquences de l'exécution des impulsions. Des modifications heureuses du même genre avaient déjà été bien notées dans les études sur les malades qui cédaient à leurs impulsions et Magnan avait autrefois insisté sur l'état de satisfaction tout à fait caractéristique qui suivait, disait-il, l'exécution des impulsions. La description

de cet état de satisfaction était assez vague, aussi n'a-t-elle pas toujours été bien comprise. MM. Pitres et Régis font observer qu'il n'y a guère chez les impulsifs, après leur crise, une vraie joie, mais plutôt une sorte d'apaisement : ils sont simplement satisfaits de ne plus être tourmentés par une agitation pénible[1]. Dans mon ouvrage sur les obsessions je partageais l'opinion de ces auteurs et je m'éloignais de celle de Magnan en disant : « Le malade est-il vraiment heureux ? Il éprouve bien un certain soulagement très naturel quand cette crise pénible est finie, mais il n'est ni fier ni content d'avoir cédé de nouveau à un besoin qu'il trouve ridicule. Les malades ne sont pas satisfaits à la fin de leur crise impulsive, ils sont fatigués et honteux d'eux-mêmes[2]. » Dans certains cas, je constatais seulement une satisfaction particulière quand le malade en se laissant aller à une impulsion échappait ainsi à des angoisses plus douloureuses[3].

Je crois aujourd'hui que ces critiques sont excessives et qu'il y a une plus grande part de vérité dans la remarque de Magnan. Faute de précision dans la description nous ne considérions pas les mêmes malades ni les mêmes faits. L'état de satisfaction dont il est question ne se rencontre pas à la fin de toutes les impulsions, mais il apparaît à la fin d'impulsions d'une nature spéciale, de celles que j'ai appelées les impulsions à la recherche de l'excitation. En plus, il ne se rencontre pas toujours immédiatement à la suite de l'exécution de l'acte, il est même le plus souvent absent quand les impulsions sont les plus graves et les plus continuelles : c'est précisément parce que ce sentiment ne se présente pas que le malade est poussé à continuer indéfiniment son acte. Mais le sentiment de satisfaction se présente quelquefois d'une manière très nette quand l'acte a réussi à produire son effet et c'est précisément à ce moment que l'impulsion cesse de se faire sentir. Parmi les exemples que je viens de décrire, je rappelle seulement ce malade qui s'excite par des marches et des fugues et qui sortant de la tristesse et de l'incapacité après quelques heures de marche, trouve que la nuit est belle, que le paysage est splendide et se sent disposé à travailler merveilleusement. Sans doute comme je l'observais avec MM. Pitres et Régis, ce senti-

1. Pitres et Régis, *Rapport sur les obsessions au Congrès de médecine de Moscou*, 1897, p. 54.
2. *Obsessions et psychasténie*, 2e édit., 1908, I, p. 54.
3. *Ibid.*, I, p. 264.

ment peut se mélanger de honte à la pensée de l'acte exécuté. On observe cet état complexe chez Oc. qui paye à boire avec l'argent volé au patron, ou chez Mme V. prise en flagrant délit de vol dans les magasins, mais même chez eux la satisfaction n'en est pas moins extrêmement intense. C'est une jouissance en rapport avec le sentiment du retour de la personnalité et de la réalité, elle est analogue à celle que nous avons vue chez les hystériques quand on les fait entrer dans le somnambulisme complet et qu'à ce moment elles trouvent la lumière plus vive et les choses plus réelles.

Des observations de ce genre pourraient être indéfiniment multipliées, elles ne sont pas sans intérêt. Elles nous montrent que beaucoup de personnes peuvent être en réalité très débiles et conserver cependant leur santé morale grâce à des actions plus ou moins raisonnables et correctes qui jouent le rôle d'excitants. Elles nous montrent que ces personnes tombent malades dès que ces excitants disparaissent. L'alimentation en excès, la marche, les sports, la débauche, le jeu, l'exercice du pouvoir, la recherche de l'amour, les intrigues de toutes espèces, la recherche du succès, aussi bien que les travaux littéraires ou scientifiques soutiennent bien des gens et leur épargnent la déchéance et la dépression. La poursuite de ces excitations nous paraît tout à fait naturelle tant qu'elle se présente chez des individus qui conservent leur tension normale, c'est-à-dire tant qu'elle réussit; nous la qualifions d'impulsion pathologique, quand elle devient insuffisante, quand elle ne réussit plus. Le psychologue n'a pas le droit de mépriser complètement ces impulsions des psychasténiques parce qu'elles sont devenues actuellement mauvaises et absurdes. Il ne doit évidemment pas les encourager quand elles ont pris cette forme dangereuse et il ne s'agit pas de renvoyer Pépita dans les bras de son apache ou d'encourager Mme V. à recommencer ses vols au grand magasin. Mais il faut rechercher ce qui a été bon, ne fût-ce qu'un moment, dans ces impulsions, ce qui les a rendues utiles afin d'arriver à conserver, si c'est possible, et à utiliser cet élément favorable.

5. — Le problème de l'excitation par l'action.

Il est impossible d'éviter complètement les théories qui nous

donnent une idée générale des phénomènes, permettent de les grouper, sinon de les comprendre, et préparent les expériences futures. Nous devons essayer d'examiner ici trois problèmes : 1° Quelle est la différence sinon dans le contenu, au moins dans l'exécution entre les actes qui amènent l'appauvrissement et la dépression et ceux qui amènent l'enrichissement et l'excitation ? Quels sont les caractères des actes excitants ? 2° Comment peut-on se représenter le mécanisme de l'excitation produite par ces derniers actes ? 3° Quelles sont les conditions qui peuvent faciliter la production de ces actions excitantes ?

1° *Les caractères des actes excitants.* — Les constatations précédentes sont évidemment singulières, car nous avons longuement étudié un phénomène exactement inverse : nous avons constaté que chez ces personnes facilement dépressibles les actes et souvent exactement les mêmes actes, par les efforts et les dépenses qu'ils exigent étaient presque toujours le point de départ des dépressions. Comment l'exécution de ces actes difficiles, longs et coûteux peut-elle être maintenant l'origine d'une excitation ? Il n'y a pas lieu d'insister sur quelques différences superficielles auxquelles on pourrait être tenté d'attribuer trop d'importance. On pourrait dire que les actes déprimants sont les actes difficiles en eux-mêmes ou relativement au sujet, à ses facultés, à ses habitudes et que les actes excitants sont les actes faciles excécutés brillamment à peu de frais. Cela paraît exact dans quelques cas, mais ce n'est qu'une apparence. Quand on voit une femme devenir déprimée et tomber gravement malade parce qu'elle a dû recevoir dans son appartement des meubles qu'elle avait commandés elle-même et se rétablir, s'exciter complètement parce qu'elle aide toute la nuit au sauvetage des enfants dans un naufrage on ne peut plus trop parler des difficultés de l'acte comme cause de dépression. D'ailleurs il est évident que la plupart des actes accomplis par nos malades dans leurs impulsions excitantes, les fugues, les vols, les intrigues étaient des actes fort compliqués et difficiles. On pourrait aussi parler de l'inconvénient des actes souvent répétés, longtemps continués par opposition au bénéfice des actes rapides. Il est souvent vrai que les actes longtemps prolongés épuisent. Mais on ne peut généraliser cette remarque quand on songe que les aventures et les intrigues de Pépita se sont prolongées deux ans, ont exigé une patience et

une persévérance inlassables et que ce long travail si pénible a toujours eu un effet remarquablement excitant.

Il me semble préférable de mettre en relief des caractères plus profonds qui, si je ne me trompe, apparaissent dans toutes les observations précédentes. A l'inverse des actions déprimantes qui sont à beaucoup de point de vue des actions avortées et insuffisantes, les actions qui ont été excitantes sont des actes complets qui ont réussi.

Ce sont d'abord des actions objectivememt satisfaisantes et réussies qui ont réellement provoqué dans le monde extérieur les modifications dont nous avions besoin à ce moment. Le timide essaye de parler mais il ne parle pas réellement et c'est parce qu'il ne parvient pas à parler qu'il a la crise d'intimidation. Au contraire nous voyons que les actions sociales ont été complètement exécutées dans toutes les observations précédentes. Lydia s'est effectivement rendue au bal, elle y a été très brillante et y a eu un grand succès. Héloïse a organisé admirablement son grand dîner et elle ne s'est pas bornée à essayer de le faire. Oc. a réellement pris de l'argent dans la caisse de son patron et a réuni des ouvriers au cabaret, il a joué le rôle d'un amphytrion vulgaire mais il l'a très bien joué. Tt. conduit réellement son automobile et non sans habileté. Les actes réclamés par le changement d'appartement sont exécutés avec adresse, ces personnes connaissent et arrangent bien leur nouvel appartement, tandis que dans les cas précédents, où le déménagement a été cause de dépression, les malades n'organisaient rien, ne parvenaient même pas à se retrouver dans le nouvel appartement et au bout de six mois n'en connaissaient pas encore la distribution. Dans les luttes qui ont été excitantes les sujets ont combattu sérieusement et avec valeur. Dans le naufrage Wo a réellement rendu service à ses compagnons d'infortune. Dans mon étude précédente sur les dépressions amenées par la mort des parents j'ai insisté sur ce fait extrêmement important c'est que les malades, Irène en particulier, ne faisaient aucunement les actes nécessités par la mort de leur père ou de leur mère. Irène ne dirigeait pas le petit ménage, ne surveillait pas son père, ne voulait même pas se mettre en deuil. Dans les cas où la mort des parents amene une excitation nous constatons les faits inverses, nous observons que Justine, comme elle dit elle-même, met tout en ordre et travaille fort bien après la mort de sa mère, que Claire organise tout après la mort

de son père et sait fort bien consoler sa mère. Il en est de même dans les fiançailles et dans les mariages : au lieu de ces personnes incapables de rien décider, de rien préparer, incapables d'exécuter l'acte conjugal nous trouvons des décisions, des préparatifs de ménage et des actes génitaux complètement exécutés. Il est inutile d'insister sur ce même caractère dans les aventures amoureuses : on a vu que ces personnes ont déployé dans ces aventures une audace, une persévérance, une habileté extraordinaires. Pépita pendant deux ans a fait des démarches invraisemblables à l'insu de sa famille et a déployé pour tromper tout le monde une habileté de diplomate. Dans tous ces cas l'action qui est devenue excitante a été matériellement complète et bien réussie, c'est un premier point essentiel à retenir.

En second lieu le succès de l'acte excitant est aussi un succès social. La plupart de ces actes ont eu des témoins qui ont manifesté leur approbation : il en est ainsi dans les réceptions mondaines, dans les distributions d'objets volés, dans les libations offertes chez le marchand de vin, aussi bien que dans les actes de dévouement, dans les cérémonies religieuses ou dans les manifestations littéraires. Dans d'autres cas le succès est manifesté par la défaite de l'adversaire : la victime de l'autoritaire, l'amoureux conquis expriment le succès par leur soumission.

Enfin il est important de constater une grande différence psychologique dans la conscience que les sujets ont à propos de leurs actes. Dans les actes des déprimés, comme je l'ai souvent montré, les tendances s'arrêtent à divers degrés d'activation inférieurs : ce sont des désirs, des velléités, des efforts, des actes désintéressés, analogues au jeu. Ils ne parviennent pas à éveiller les sentiments d'action, de personnalité, de réalité, d'unité, de liberté. Ils laissent dans l'esprit une foule de sentiments d'incomplétude : même si l'action a paru aux témoins extérieurement suffisante, le sujet n'en est pas satisfait, il se plaint que rien n'est terminé, que rien n'est liquidé, qu'il n'est pas décidé, qu'il n'arrive à aucune de ces satisfactions, de ces joies qui couronnent l'acte complet. Le fait a été surtout remarqué par l'école de Freud à propos des actes sexuels qui ne sont pas accompagnés d'une jouissance, ni suivis d'une vraie détente. Cela est souvent exact et cette école a peut-être eu le mérite d'attirer l'attention sur un fait dont on n'osait pas parler avec assez de précision. Mais il ne faut pas s'entêter à ne voir cette incomplétude que dans les seuls

actes sexuels. Même dans les aventures qui accompagnent ces actes, quand elles ne sont pas réussies, on retrouve le même caractère : « En ce moment je n'arrive à bout de rien, ni à être honnête, ni à être malhonnête. Rien n'est complet en moi, qui ne sais être ni courtisane, ni matrone... Tous les ennuis d'un peu de tout et la joie de rien de complet... C'est une marmelade où il y a de tout sans doute, mais rien de parfait, car de tout il n'y a qu'un morceau. » On peut dépasser les aventures amoureuses et retrouver ces caractères dans tous les actes déprimants quels qu'ils soient : « Je fais tout à moitié, et c'est très fatigant de faire tout à moitié. » C'est en effet à propos de tels actes que se produisent les fatigues, les agitations, les hésitations, les recommencements, les retours en arrière et tous « les accrochages ».

Au contraire, les actes excitants sont des actes complets, parfaits à tous les points de vue, même quand ils sont exécutés par des sujets qui n'avaient pas l'habitude d'agir de cette façon et qui en sont étonnés. Ces actes paraissent terminés, définitifs, ils s'accompagnent de satisfaction et de jouissance. On le note dans les actes sexuels aussi bien que dans les aventures excitantes : « Il est probable, dit Pépita, que j'ai le tempérament d'une pierreuse, que voulez-vous que j'y fasse ? Moi qui me sentais mal à mon aise, déplacée chez moi, qui n'éprouvais aucune joie, je me suis sentie tout à fait à ma place dans ces bouges et je m'y amusais follement. » — « C'était bien moi qui volais, dit M[me] V., jamais je ne me suis sentie autant d'activité, de résolution. » Les actes religieux ne jouent un rôle excitant que chez les individus qui les ont effectués avec croyance, qui ont senti la force de leurs convictions. Le travail intellectuel qui a réussi est un travail qui était accompagné de clarté, de certitude, de satisfaction.

C'est à propos de ces faits que les malades emploient souvent le mot « émotion » mais d'une manière qui n'est pas précise : « Toute émotion vraie, dit Claire, me fait du bien quand elle est arrivée à être réellement sentie. » Le mot « émotion » signifie ici le sentiment caractéristique que procure une tendance en exercice, Claire veut dire en réalité : « Je me sens excitée, quand je me rends compte qu'un acte religieux, un acte de peur, un acte d'amour est exécuté par moi complètement et correctement. » Noémi distingue de même les émotions « qui ratent, qui finissent en queue de poisson et les émotions qui aboutissent... Jouer du piano, en public, cela vous glace partout, cela demande un

effort énorme, mais quand on réussit à le faire, c'est une jouissance exquise qui vous remonte. » En un mot, un caractère essentiel de ces actes excitants, c'est qu'ils ont été des actes psychologiquement complets, accompagnés de tous les sentiments de jouissances caractéristiques.

Ces observations peuvent se résumer d'une manière bien simple : l'excitation est la conséquence des actions réussies, réussies physiquement, socialement, psychologiquement, qui ont pu être poussées jusqu'à leur dernier terme avant que l'épuisement ne les arrête. Au contraire nous voyons l'épuisement apparaître dans d'autres actions, leur donner dès le début ou à différents degrés de leur acccomplissement des caractères de tension insuffisante et engendrer à leur suite une dépression de plus en plus grande. Le succès engendre le succès, l'insuccès est le point de départ des insuccès.

2. *Le mécanisme de l'action excitante.* — Il est inutile de rappeler que tous ces faits sont actuellement peu explicables : on ne peut que les interpréter grossièrement ou les grouper par des théories toutes conventionnelles.

Quelques-unes des observations précédentes doivent probablement se rattacher à des théories que j'ai déjà indiquées précédemment à propos des réminiscences traumatiques, aux théories de *la liquidation* et de la décharge. On peut retrouver des liquidations avantageuses dans les confessions, dans les absolutions religieuses, dans les réconciliations, les victoires, dans tous les actes définitifs comme les mariages, les organisations professionnelles, etc. Ranger bien sa table de travail, mettre de l'ordre dans ses affaires et dans ses papiers, c'est faciliter ou même supprimer un grand nombre d'actions ultérieures. Choisir un bon domestique, accepter un aide, se placer sous une direction c'est grandement simplifier la vie ultérieure. Il est probable que des économies de ce genre expliquent en partie l'enrichissement que nous observons chez nos malades à la suite d'un acte bien fait.

En second lieu un acte complet tout en étant momentanément une dépense peut donner naissance plus tard à une augmentation des forces : il peut être un bon placement qui rapporte de gros bénéfices. Manger est un acte fatigant, digérer de même et cependant l'alimentation procure des forces nouvelles. M. Lagrange est un des auteurs peu nombreux qui ont eu le sentiment

de ces problèmes : dans son livre sur la mécanothérapie il fait des réflexions du même genre à propos du sommeil. Il semble adopter la conception que j'avais présentée depuis longtemps que le sommeil est un acte et un acte difficile qui demande une dépense de forces et une mise de fonds. « Il semble que pour dormir il faille être en possession d'une certaine somme d'énergie disponible, quelquefois une excitation modérée du système nerveux ramène le sommeil, ainsi fait la douche froide et l'électrisation[1]. » Cependant le sommeil permet de récupérer des forces plus grandes : « Celui qui a prélevé sur son capital de réserve un très léger tribut et l'a utilisé pour se procurer une nuit de sommeil se trouve avoir fait une spéculation avantageuse, puisque au prix d'une faible dépense il a grossi son fonds d'énergie dont le sommeil est le suprême réparateur. »

Un acte bien fait au dernier degré de la tension laisse à sa suite des tendances nouvelles et même probablement des organes nouveaux qui non seulement permettront le même fonctionnement à moins de frais, mais qui même procureront plus de capacités et plus de forces. Une usine qui dépense une grosse somme pour acheter une nouvelle machine ou pour allumer un four de plus récupérera plus tard plus qu'elle n'a dépensé. Il est probable qu'un acte bien fait devient ainsi le point de départ de bénéfices ultérieurs.

Dans le même chapitre nous avons esquissé une autre théorie, celle de *la décharge* qui trouve également ici de nombreuses applications. Chez les individus bien équilibrés, disions-nous, une certaine relation doit exister entre la quantité des forces disponibles et la tension psychologique et il n'est pas bon de conserver une grande force quand la tension a baissé : il en résulte de l'agitation et du désordre. Quand la tension est faible, il peut être avantageux de dissiper d'une manière quelconque une partie des forces de manière à rétablir la proportion entre la quantité et la tension. On peut trouver des décharges dans un grand nombre des actes excitants que nous venons de passer en revue, aussi bien dans les travaux intellectuels, les examens, les actes professionnels que dans les bals, les réceptions mondaines, les aventures de toutes espèces. Quand nous observons les impulsions à la marche indéfinie, à la recherche de la douleur, aux diverses débauches, nous pouvons dire que le malade cherche à

1. Lagrange, *Les mouvements méthodiques et la mécanothérapie*, 1899, p. 438.

se débarrasser de l'excès de ses forces comme dans une crise convulsive, qu'il retrouve le calme et le gouvernement de lui-même grâce à son affaiblissement.

Je crois cependant que ce serait une grande exagération que d'expliquer tous les faits par la décharge : dans beaucoup d'actions excitantes, dans les pratiques religieuses, les actes de croyance, les décisions, les chagrins à la mort des proches, les contemplations amoureuses comme celles de Bul. qui regarde passer un jeune homme, les actes de commandement, les dénigrements, les taquineries, les triomphes, les travaux intellectuels, les rêveries, etc. il y a vraiment bien peu de dépenses de mouvements proprement dits et on ne peut guère parler de décharge dans le sens strict. En outre pour qu'il y ait décharge, il faut qu'il y ait auparavant excès de force et agitation et qu'après l'acte il y ait une faiblesse manifeste analogue à celle que nous avons observée après les maladies débilitantes ou les crises convulsives. Or on ne peut certainement pas constater de tels caractères dans tous les cas où l'action a été excitante.

Aussi me semble-t-il nécessaire de compléter les théories précédentes par deux autres conceptions qui peut-être prendront plus tard de l'importance, celle de *la mobilisation psychologique* et celle de *l'irradiation psychologique*. Nous pourrions mettre la première conception sous le patronage de William James parce qu'elle est inspirée par son livre plein d'aperçus intéressants « the energies of man ». Il est certain que l'homme ne dépense pas dans les actions de la vie journalière toutes les forces qu'il possède et qu'il garde une grande quantité de forces en réserve. Non seulement l'homme normal, mais même le malade le plus déprimé est capable de déployer sous la pression des événements une activité tout à fait inattendue grâce à ses réserves. L'étendue des réserves de l'homme doit être très variable : il est vraisemblable que certains possèdent très peu de réserves et que d'autres en possèdent trop et n'utilisent qu'une trop petite partie de leurs forces, il est bien difficile aujourd'hui de reconnaître et de distinguer ces deux catégories de personnes.

L'activité actuelle, la quantité et surtout la tension de l'action ne dépend pas de l'énergie totale de l'individu, mais de son énergie disponible de celle qui est à ce moment susceptible d'être dépensée, d'être mise en circulation[1]. On pourrait encore à ce

1. Cf. Lagrange, *op. cit.*, p. 439.

propos reprendre notre comparaison : le travail d'une entreprise industrielle ne dépend pas uniquement de son capital total, mais de son capital circulant, de son fond de roulement. Cette entreprise peut avoir de grandes richesses en réserves immobilisées dans des bâtiments, des machines, dans des placements financiers, dans des créances difficiles à recouvrer, et elle peut ne disposer à un moment donné que de peu d'argent liquide; elle peut même pendant de longues périodes se trouver gênée, obligée de se restreindre et incapable de faire les grandes dépenses qui seraient utiles. Il se peut et c'est l'idée qu'exprime W. James que l'esprit des névropathes soit souvent dans la même situation : qu'il ait en réserve des richesses considérables, mais difficiles à atteindre et qu'il se trouve actuellement réduit à une quantité d'énergie disponible insuffisante, tout en ayant des énergies considérables en réserve, immobilisées.

Dans des cas de ce genre il est très important que les réserves puissent être mobilisées et un événement grave qui les force à sortir de leur cachette peut rendre les plus grands services. Dans l'usine, un accident comme un incendie ou un déplacement nécessaire peut forcer à faire appel aux assurances, à ouvrir des caisses spéciales, à rappeler des créances. Il est bien probable que les réserves d'argent ainsi mobilisées dépasseront les besoins immédiats dépendant de l'accident lui-même. L'argent ainsi mis au jour ne servira pas uniquement à réparer les effets de l'accident, il circulera dans tous les services et ramènera partout la prospérité. Le sentiment d'un grand danger, ce qu'on appelle une grosse émotion, peut avoir le même effet sur l'esprit : il nous force à faire des actes énergiques qui ne peuvent se produire sans faire appel au capital de réserve, sans mobiliser de grandes forces. Par suite de ce changement dans la répartition des forces toute l'activité se trouve immédiatement transformée. C'est à cause de ce rôle de l'action importante, émotionnante, que les malades cherchent si souvent à grossir l'importance de leur action, à augmenter par des artifices son caractère émotionnant. C'est là ce qui amène ces manies des engagements d'honneur, des serments, des pactes, ce goût du mystère, de l'occulte, ce côté mélo-dramatique de l'action des déprimés que nous avons si souvent remarqué. Ces malades essayent d'augmenter la mobilisation des réserves et d'en tirer profit.

Cette mobilisation des forces ne produirait que de l'agitation

si la tension psychologique ne se relevait pas en même temps. Non seulement un acte énergique met à notre disposition une quantité plus grande de forces, mais encore de diverses façons il doit amener tout l'esprit à fonctionner avec une tension plus élevée. Il y a en nous des mécanismes, des tendances qui ont pour rôle d'élever ou d'abaisser la tension suivant les circonstances. Quand nous nous reposons, quand nous nous détendons au milieu d'amis, quand nous nous endormons, nous baissons la tension ; au contraire, quand nous commençons un acte, quand nous sommes en public, quand nous nous préparons à la lutte ou simplement quand nous nous réveillons, nous nous tendons davantage. Un acte important et surtout un acte réussi éveille justement ces tendances à prendre une attitude générale de plus haute tension.

Dans toutes les observations précédentes nous voyons bien des faits qui peuvent se ranger sous cette conception. Les gens qui ont réussi un vol, l'homme qui a offert une libation au cabaret, ceux qui ont réussi à se faire obéir, ou simplement à faire souffrir, ceux qui ont obtenu un compliment prennent une attitude de vainqueurs et la conservent pendant quelque temps même en accomplissant d'autres actes. Cette remarque est si évidente que je la trouve faite souvent par les malades eux-mêmes : « Un compliment du général, dit Ba., h. 27, et je me relève comme un cheval qu'on fouette, je reste plus énergique pendant plusieurs jours, car je reste un homme que le général félicite. » — « Il faut, dit Zob., f. 50, que ma fille me dise tout le temps : vous êtes la plus adorable des femmes et tout le monde vous adore. Cela me fait tenir relevée comme une femme qu'on adore au lieu d'être affaissée comme une femme écrasée par le mépris. » Le vol est un succès pour Len., f. 38, qui a lu beaucoup de romans policiers et qui se félicite d'être si adroite : « Oh ! la peur d'être vue, la lutte contre le danger, ma conscience qui me dit : Qu'est-ce que tu fais, et le triomphe : tout cela me fait relever la tête et me donne les yeux brillants et je reste sous cette impression. » — « C'est étonnant, dit Kv., h. 36, je suis en général si épuisé que je ne peux pas supporter l'acte génital : un rapport avec ma femme, auquel je ne prends aucun plaisir d'ailleurs, me rend très malade pour quinze jours. Eh bien, il vient de m'arriver une petite aventure avec ma belle-sœur : cela aurait dû être très fatigant, car j'ai éprouvé des sensations violentes, comment se fait-il

que cela m'ait complètement guéri de mes misères... C'est peut-être parce que c'était une victoire. » Bien des femmes qui sont épuisées par des rapports incomplets avec leurs maris dans lesquels elles présentent du vaginisme et des crises d'hystérie ont des rapports parfaitement normaux et bienfaisants avec leurs amants. La simple attitude de la gaîté peut avoir des effets semblables : « C'est bien étonnant, dit Ed., f. 60, cette petite m'a fait rire après le dîner et j'ai bien dormi cette nuit-là pour la première fois depuis longtemps. » Dans une singulière observation Bp., f. 27, est plongée dans une dépression à forme de doute, elle sent qu'il y a un voile sur toutes choses, elle a peur du temps qui s'écoule. Dans cet état elle rencontre un jeune homme qui lui raconte une histoire drôle : elle écoute avec un effort d'attention, elle comprend cette histoire et ne la met pas en doute, et elle est prise de fou rire : « Du coup cela a été fini, j'ai été transformée : c'est étonnant on ne peut pas à la fois rire et avoir le trac de la vie. » Dans toutes ces observations la tension nécessitée par l'acte a déterminé une attitude générale de tension qui a persisté pendant un temps plus ou moins long. Il y a là un phénomène que l'on pourrait appeler *une induction* ou *une irradiation psychologique* et il serait juste de l'opposer au phénomène de la dérivation que nous avons étudié dans la dépression.

Cette interprétation n'est pas absolument en opposition avec la théorie précédente de la décharge, elle en est peut-être un autre aspect. La décharge peut ne pas être simplement une perte de forces, elle peut être en même temps une mise en circulation des forces qui favorise une autre répartition et en particulier la transformation de la quantité des forces en tension. Quand il y a beaucoup de dépenses, il peut y avoir en même temps des placements avantageux. C'est ce qui explique qu'après les grands mouvements de l'attaque convulsive, après les exercices épuisants on constate chez quelques malades non seulement la disparition de l'agitation, mais une véritable augmentation de la tension psychologique. Peut-être, si je puis arriver quelques jours à publier mes cours au Collège de France, pourrais-je revenir avec plus de précision sur ces problèmes : ces brèves indications suffisent ici pour donner une direction aux recherches et aux essais de thérapeutique.

6. — Les conditions de l'action excitante.

Nous nous trouvons maintenant en face du dernier problème, comment ces malades peuvent-ils parvenir à accomplir certains actes d'une façon complète avec cette tension capable de relever l'esprit tout entier, tandis qu'ils sont des déprimés incapables depuis longtemps d'accomplir aucune action de ce genre, et que d'ordinaire ils sont arrêtés par l'épuisement avant de parvenir au terme ?

Une des premières conditions est évidemment l'existence dans leur esprit de forces latentes capables de se dépenser dans certaines conditions et il est probable que la plus grande différence entre les simples psychasténiques et les déments asthéniques, c'est que les premiers n'ont pas comme les derniers épuisé toutes leurs réserves. Mais il faudrait surtout connaître les conditions particulières qui permettent l'activation de ces tendances latentes : nous ne pouvons sur ce problème, comme sur le précédent, que présenter quelques réflexions.

Ces circonstances excitantes qui provoquent l'acte de forte tension semblent être les circonstances qu'on appelle graves, les grands besoins, les dangers qui menacent notre vie, celle des êtres qui nous sont chers ou notre fortune. Nous en avons vu bien des exemples : voici comment on pourrait interpréter ces faits. Les réserves de forces sont surtout localisées dans les tendances profondes, élémentaires, destinées à protéger en cas de besoin la vie de l'individu ou la vie de l'espèce. Ces tendances dans la vie normale ne fonctionnent guère, car nous ne nous sentons pas fréquemment en danger de mort et nous ne faisons guère appel aux grandes réserves mises de côté pour cette circonstance ; mais quand elles sont éveillées elles apportent immédiatement une grande énergie disponible. C'est là la raison de toutes ces excitations par « les actions graves ». C'est là ce qui explique que si souvent « les petites actions » déterminent des troubles par aboulie et dérivation et que « les grandes actions » amènent des progrès par tension et irradiation. J'ai déjà donné beaucoup d'exemples de ces faits, il suffit de rappeler l'excitation de tant de malades par un grand danger personnel ou par un danger qui menace leurs enfants.

A côté de ces réserves qu'on peut appeler générales, il y a des réserves spéciales à certaines personnes qui ont particulièrement développé telle ou telle tendance par une sorte d'éducation, et qui ont toujours fait appel à cette tendance en cas de besoin. Les femmes que nous décrivions savent qu'elles ont toujours été remontées par le dévouement, par les aventures, par les succès mondains ou par l'amour. « Il n'y a pas tant de leviers en ce monde, dit l'une d'elles, j'en compte trois : la gloire, l'argent et l'amour. La gloire et l'argent sont réservés aux hommes qui peuvent seuls atteindre une situation et arriver à gagner beaucoup, les femmes étant inférieures et peu créatrices. Il ne reste que l'amour pour la généralité des femmes, l'amour filial, l'amour conjugal et l'amour tout court. Je me suis toujours guérie de tout en cherchant un amoureux et il m'est impossible d'imaginer un autre remède ». Dans ces conditions, qu'une circonstance favorable vienne réveiller ces tendances et l'acte pourra se produire complet avec ses conséquences inductives sur tout l'esprit.

Nous nous trouvons ici en présence d'une grosse difficulté : nous avons vu dans un chapitre précédent que cet appel aux tendances profondes était fort dangereux. C'est lui qui donne à la perception d'une situation ce que l'école de Freud appelle « la charge émotive », ce que nous avons considéré comme un excès de force disproportionné à la tension, c'est justement ce qui a été le point de départ des réminiscences traumatiques, des obsessions, de tous les accrochages. Pour que ce danger soit évité et pour que les choses se passent ici d'une autre manière, il faut que l'acte soit exécuté tout autrement. Au lieu d'un acte incomplet de basse tension, d'un accrochage, qui laisse libres les forces mobilisées, il faut un acte complet, de haute tension, qui gouverne les forces et replace en réserve après le triomphe les forces inutilisées. En un mot, il ne suffit pas qu'il y ait éveil d'une tendance puissante et grande mobilisation de forces, il faut encore que se présente un ensemble de circonstances favorables qui permette de pousser l'action à son terme.

Ces conditions favorables sont très mal connues : le moment où se présente cette stimulation à l'action doit jouer un certain rôle Sauf chez des malades très jeunes et dans des dépressions légères, les actions excitantes ne semblent se présenter dans la plupart des observations que quelques semaines ou quelques mois

après le début des troubles de la dépression. Il semble qu'un certain temps soit nécessaire pour la réparation des forces épuisées par la fatigue ou par l'émotion. Mais il ne faut pas se faire d'illusions, nous connaissons très mal les lois qui règlent la durée de ces réparations. Sauf chez des malades âgés qui ont déjà eu des crises nombreuses calquées en quelque sorte les unes sur les autres, il n'est pas possible de pronostiquer exactement la durée de cette réparation. La seule chose qui semble probable c'est que dans bien des cas les troubles maladifs se prolongent bien au delà de la durée nécessaire à cette réparation. Car nous voyons souvent des malades sortir brusquement de cette dépression à la suite de circonstances excitantes fortuites, tandis qu'en l'absence de ces circonstances ils seraient probablement restés déprimés bien plus longtemps,

Indépendamment de cette date par rapport au début de la crise de dépression, il y a des moments variables suivant les cas où la stimulation peut trouver le sujet bien disposé. Chez certaines personnes une stimulation ne peut réussir que l'après-midi ou le soir, chez certaines femmes une stimulation ne réussit que dans les journées qui précèdent les règles, chez d'autres dans les journées qui les suivent : « Comment ma mère a-t-elle eu cette idée saugrenue de me parler d'un mariage le jour qui suit la fin de mes règles ! » Les circonstances qui ont précédé l'événement ont aussi leur valeur : il faut que le sujet soit au repos depuis quelque temps, qu'il soit de belle humeur, préparé par une bonne digestion et par de petits succès préalables, etc.. On ne se figure pas l'importance de ces détails dont l'étude allongerait indéfiniment nos observations.

Mais il faut mettre tout à fait à part une circonstance dont l'importance me paraît de premier ordre. Il est nécessaire que les circonstances se développent assez lentement pour laisser au malade le temps nécessaire pour réagir lentement. J'ai déjà insisté souvent sur ce caractère essentiel de la lenteur des actes chez les psychasténiques : il s'agit bien entendu de leurs actions complètes et non de leurs diverses agitations. Leur rythme d'action n'est pas le même que celui des personnes qui les entourent, de là une foule de désharmonies. Bien des impuissances et des dérivations émotionnelles proviennent de ce fait que « les autres vont trop vite et que je ne peux pas me dépêcher pour les suivre ».

J'ai déjà étudié autrefois[1] des troubles curieux produits par la rapidité des événements les plus simples. Au contraire quand les circonstances éveillent la tendance graduellement en lui laissant le temps de se développer, l'acte peut parvenir à un degré de tension dont on croyait le sujet incapable. Mais il faut bien savoir que chez ces malades la préparation de l'acte dure souvent un temps énorme et on est souvent surpris de voir se produire en apparence tout d'un coup des actes qui se préparaient en dessous depuis plusieurs semaines. C'est là une notion importante sur laquelle nous aurons à revenir à propos des applications thérapeutiques.

Une autre condition importante c'est le sentiment de la nécessité de l'acte qui se rattache d'ailleurs à la gravité, à l'importance de l'acte : « Une corvée vraiment imposée me fait du bien ; je n'ai pas la force de m'en imposer moi-même, mais il faut que les choses me l'imposent ». C'est pourquoi ces malades accomplissent les actes en retard, à la dernière limite, quand ils sont tout à fait pressés par la nécessité d'en finir. Ce sentiment de nécessité donne naissance à l'effort dont l'importance est très grande. L'effort me paraît être une complication de l'action d'une tendance par la mobilisation d'autres tendances voisines qui ajoutent leurs forces à la première. Les tendances morales, le désir de prouver sa liberté, de montrer sa personnalité, la crainte de l'humiliation, et même des tendances plus élémentaires, l'ambition, l'amour, la peur, viennent ainsi s'ajouter à une tendance faible comme la tendance à dire quelque chose ou à écrire une lettre.

Les efforts constituent toujours une grande dépense de forces, il est curieux de voir cependant dans les observations précédentes et dans quelques nouvelles qu'ils jouent cependant un grand rôle dans l'excitation. Byc., h. 50, grand aboulique, qui reste des heures devant sa glace à peigner sa barbe sans pouvoir terminer sa toilette, incapable de prendre la plus petite décision pratique, fait montre d'une activité commerciale et industrielle remarquable dans des circonstances difficiles : « Je n'aboutis qu'à coups de collier, j'ai besoin de vaincre de grands obstacles, je fais facilement des choses difficiles et difficilement des choses faciles. » Il est curieux de remarquer que

1. *Obsessions et psychasténie*, 1903, I, p. 540.

cet homme ne réussit ainsi que des actions longuement méditées d'avance pendant qu'il semblait inerte, et qu'au dernier moment pour aboutir il a besoin de se trouver dans un milieu agité et bruyant. Wkx., h. 28, incapable d'ordinaire d'une action quelconque, se comporte très bien au régiment et pendant la guerre montre de l'énergie et de l'endurance « parce qu'il a fallu faire des efforts et que cela lui a fait grand bien ». — « Quand je suis vraiment forcée d'agir, dit Anna, c'est une énorme difficulté, mais cela change ma personnalité entière, cela me donne une preuve de moi, de mon existence et c'est la seule chose qui me fasse vivre. » L'observation de Simone., f. 26, montre un effet remarquable de l'excitation par l'effort : c'est une malade qui, lorsqu'elle est en état de dépression, a des manies de récrimination contre tout le monde et des idées de persécution. « C'est curieux, dit-elle, lorsque je fais des efforts pour parler à des personnes qui me paraissent odieuses, il me semble que ces gens changent de figure, c'est comme si je tirais une ficelle à des marionnettes : ils avaient des figures désagréables et les voici qui prennent une expression charmante. » La transformation du sentiment social par l'excitation de l'effort est ici caractéristique. Les améliorations par les efforts de la marche, de la direction d'un automobile, par les efforts nécessités par les soins à donner à un enfant, à un malade, sont innombrables.

Mais l'effort n'est pas toujours heureux, un grand nombre de malades gémissent sur leurs efforts perpétuels et inutiles : « Il faut que j'appuie pour chaque petite action, même pour voir un objet clairement, c'est épuisant, c'est toujours a recommencer et cela n'aboutit à rien. » — « C'est effrayant de vivre toujours tendu pour ne pas tomber dans des obsessions absurdes. » Précisément parce que l'effort a eu et peut avoir de bons résultats, les malades le répètent perpétuellement à tort et à travers, et tombent dans la manie des efforts, dans l'impulsion à l'effort. Mais n'est-ce pas le sort commun de tous les actes excitants de pouvoir dégénérer en impulsions stériles quand ils sont répétés indéfiniment sans précautions. Pour que l'effort soit utile il faut qu'il soit modéré et qu'il se présente dans les circonstances favorables que nous venons d'étudier : il est un procédé d'excitation délicat mais dont les effets sont quelquefois remarquables.

Enfin, une des circonstances qui joue un rôle très important

dans le succès des actions dépend de la présence et du rôle de certaines personnes auprès des malades. L'action des hommes les uns sur les autres, dont l'étude nous préoccupe toujours, est des plus complexes. Nous avons déjà vu une forme de cette action à propos des ordres et des suggestions. Puis nous avons étudié une autre forme de cette action à propos des individus coûteux dont la seule présence déprime, ce qui nous a permis de comprendre l'antipathie. Nous constatons maintenant le rôle des personnes excitantes dont la présence et la parole favorisent l'action complète et lui permettent d'arriver au degré de tension qui s'irradie sur l'esprit tout entier, c'est le phénomène de la sympathie. C'est là ce fameux « magnétisme personnel, ce courant de force mentale » dont parlent sans-cesse les auteurs américains du Mind cure.

Un individu est sympathique d'abord quand il n'est pas coûteux, quand sa présence, ses paroles ne nécessitent pas de notre part une plus grande dépense de forces mentales perdues sans utilité. Mais cela ne suffit pas, certains hommes ne se bornent pas à ce rôle purement négatif : ils nous transforment réellement en augmentant notre puissance d'action. Ils savent nous montrer l'intérêt de l'action que nous avons à faire, et la rattacher à des tendances puissantes. Ils savent nous aider à agir, en dissimulant leur aide, en nous laissant croire que nous avons tout fait, en paraissant le croire eux-mêmes. Ils semblent nous obéir et nous appellent leur maître, même si ce prétendu maître ne sait pas en réalité commander. Ils se placent au-dessous de nous tout en montrant qu'ils ont une grande valeur et qu'ils sont au-dessus de beaucoup d'autres. Ils savent par des éloges adroits et dissimulés faire naître en nous les attitudes de confiance et de fierté. Ils nous inspirent la certitude de leur fidélité, inaltérable même si nous ne pouvons rien leur donner en échange, car ils nous aiment pour nous-mêmes et ils ne peuvent pas changer. Voilà les vrais et les grands sympathiques !

Hélas, il est facile de comprendre les caractères qui les rendent tels. Au point de vue psychologique, comme au point de vue social, ce sont les forts et les riches qui peuvent répandre ainsi la fortune autour d'eux parce qu'ils possèdent beaucoup plus qu'il ne leur faut pour eux-mêmes. De telles personnes font au malade « un entourage ouaté qui l'empêche de se briser, de s'émietter » et même l'aident à accomplir lui-même des merveilles

qui le transforment, le rendent peu à peu plus fort et « incassable ». On peut être surpris au début de l'étude des maladies mentales de rencontrer tant d'individus qui parlent perpétuellement de l'amour, et qui ne rêvent qu'une chose exprimée de cent manières : « être aimé ». Quand on songe au rôle des personnes sympathiques auprès de celles qui sont faibles, on comprend que ce soit le rêve de tous ces faibles de rencontrer de telles ressources auprès d'eux, et que ce désir insatiable dégénère si souvent en impulsion. Mais cette transformation désastreuse n'empêche pas qu'il n'y ait une raison profonde à cette recherche et ne supprime pas le rôle essentiel que joue dans tant d'observations la présence d'un entourage sympathique et dévoué auprès des malades.

Retenons seulement de ces brèves réflexions, qui sont hélas plutôt philosophiques que vraiment scientifiques, quelques indications pratiques. Le médecin doit savoir que certains malades, quoique très déprimés, sont encore capables de faire certaines actions énergiques et que ces actions, loin d'épuiser l'esprit par la dépense qu'elles provoquent, peuvent amener une décharge utile et même déterminer une nouvelle répartition des forces et une tension plus élevée. Ces actions heureuses semblent être celles qui sont accomplies d'une manière complète, avec un réel succès, et qui présentent déjà elles-mêmes au moins momentanément un haut degré de tension. Elles se produisent quand des événements particuliers viennent eveiller des tendances profondes, fortement chargées chez l'individu, quand des circonstances favorables permettent l'activation complète de ces tendances.

7. — Les actions utiles.

Des essais de thérapeutique que j'ai poursuivis depuis bien des années peuvent peut-être se rattacher aux études précédentes. Pour les exposer il me semble bon d'examiner trois problèmes : 1° quelles sont les actions qu'il semble utile de faire faire aux malades ? 2° de quelle manière ces actions doivent-elles être exécutées ? 3° quels ont été dans nos observations les modifications les plus nettes, immédiates et lointaines que ces actions ont déterminées dans l'état de dépression des sujets.

Occupons-nous d'abord du premier problème. Quand on se

trouve en présence d'un malade à la fois déprimé et agité comme cela arrive le plus souvent, qui essaye confusément une foule d'actions d'une manière impulsive, sans en faire correctement aucune, il semble souvent utile de canaliser son activité et de diriger ses efforts sur tel ou tel acte déterminé. Le choix de cet acte m'a semblé dans certains cas plus important que dans d'autres et je rangerais à ce propos mes observations en trois groupes : *a.* celles dans lesquelles un acte particulier semblait plus utile que tout autre et a été recherché de préférence ; *b.* celles où l'exercice un peu moins précis a porté sur un groupe d'actes du même genre, sur une tendance dont le développement semblait nécessaire ; *c.* celles où la nature de l'acte à exécuter ne semblait pas avoir une grande importance et où l'exercice pouvait être fait indifféremment de diverses manières.

Quand toute la maladie est déterminée par l'absence ou l'insuffisance d'un acte, il est évident que c'est cet acte qu'il est particulièrement important d'obtenir. Il s'agit dans ce cas des troubles que nous avons résumés par le mot vulgaire d'*accrochages*. Ces accrochages se sont présentés à nous de deux manières suivant que l'événement perturbateur était encore réel et présent ou bien n'existait plus que dans le passé et dans le souvenir du sujet. Dans le premier cas il s'agissait d'un acte d'assentiment réfléchi ou d'un effort que le sujet ne pouvait pas faire, incapable d'arriver à une décision ou à un travail, dans le second cas il s'agissait d'une opération de triomphe insuffisante chez un sujet qui ne pouvait arriver à une liquidation. Dans les deux cas nous avons montré que le meilleur traitement était d'amener le sujet à faire l'acte nécessaire, ce qui supprimait immédiatement la continuation indéfinie d'efforts difficiles et ruineux et permettait une grande économie de forces. Nous ajoutons maintenant que l'accomplissement d'un tel acte par la satisfaction de la difficulté vaincue et par une irradiation psychologique très nette contribue également à relever beaucoup la tension.

Pour obtenir ces résultats il faut se rendre compte avec précision de l'acte qui est nécessaire : plus le médecin s'en fera une idée précise, plus il sera capable de l'imposer au sujet. Nous avons déjà étudié ce problème à propos de l'observation d'Irène, nous le retrouvons à propos de quelques autres observations que j'ai signalées dans le chapitre précédent et qu'il est utile de compléter ici.

Zoé., f. 23, prédisposée par l'hérédité a déjà présenté à diverses reprises des dépressions avec manies mentales de diverses natures. Elle a été à 15 ans la confidente de son frère dans une aventure d'amour assez absurde et malheureuse, elle a joué vis-à-vis du frère un rôle de directrice et de consolatrice, mais elle a conçu elle-même un grand mépris et une grande crainte pour les sentiments d'amour qui peuvent conduire à tant de malpropretés et à tant de souffrances; elle s'est jurée d'éviter elle-même complètement et définitivement de pareils sentiments. En un mot les confidences du frère avaient attiré l'attention sur les sentiments d'amour et les avaient rendus plus difficiles. A plusieurs reprises déjà des propositions de mariage avaient déterminé des accidents nerveux, des tristesses, des phobies et l'écartement de ces propositions avait amené la guérison. Dans une de ces crises qui semblait assez grave et dont la véritable cause n'avait pas été avouée la malade avait été soumise à un traitement alors à la mode par de petites cautérisations dans le nez et on avait constaté à la suite une amélioration merveilleuse. Si le médecin s'était quelque peu préoccupé des pensées de la malade, il aurait appris qu'à ce même moment un prétendant, à propos duquel on la tourmentait et que d'ailleurs elle n'aimait pas, avait été définitivement écarté par la famille et il n'aurait pas attribué la guérison aux cautérisations.

Quand cette jeune fille eut 23 ans, elle rencontra un jeune homme qui l'impressionna davantage et elle sentit non sans terreur que, si elle s'abandonnait à ses sentiments, elle l'aimerait beaucoup. La famille approuvait complètement le mariage et le désirait vivement. La demande en mariage se fit dans de mauvaises conditions, un peu trop tardivement peut-être : « elle aurait été mieux accueillie si elle avait été plus brusque : quand on me laisse hésiter, je suis perdue. » Quoi qu'il en soit, à ce moment, Zoé se trouva acculée à la nécessité d'une décision : elle ne put cependant ni accepter, ni refuser, elle ne sut quelle attitude adopter vis-à-vis de ce jeune homme; elle se montra hésitante, irritable, puis elle tomba dans le désespoir quand le candidat se retira momentanément. A partir de ce moment, le doute, l'indécision, l'aboulie prirent de grandes proportions, des phobies, des obsessions criminelles de toute nature se développèrent. Il est inutile de décrire cet état psychasténique qui rapidement devint très grave : quand j'ai vu la malade huit mois après le début de

la crise elle était très malade physiquement et moralement. Je considère l'ensemble de ces troubles comme un cas typique d'accrochage : l'évolution de la vie psychique est arrêtée par un obstacle devenu infranchissable et contre lequel toutes les forces s'usent inutilement. Le problème thérapeutique est ici simple et précis : il faut faire franchir l'obstacle, il faut amener la malade à faire l'acte qui s'impose. Cet acte est la découverte d'une solution qui concilie l'horreur et le mépris pour l'amour irrégulier et malheureux avec le désir de l'amour correct et heureux. Il s'agit nettement d'une discussion, d'une comparaison des motifs et d'une conclusion, en un mot, d'une opération d'assentiment réfléchi. C'est uniquement dans ce sens que j'ai dirigé la malade et les résultats obtenus sur lesquels je reviendrai ont été véritablement démonstratifs.

Autour de cette observation on peut en grouper un grand nombre du même genre où l'acte à faire est également bien déterminé. Newy., f. 48, dont j'ai déjà présenté l'observation à propos des théories sexuelles de la psycho-analyse, semble avoir franchi l'obstacle qui arrêtait Zoé., elle est en réalité mariée depuis 18 mois et elle est même au début d'une grossesse. Mais voyons comment les choses se sont passées : cette jeune femme qui a toujours eu une volonté débile a toujours vécu auprès de sa mère et de sa sœur « que je sentais au-dessus de moi, dit-elle, et qui décidaient tout pour moi », elle a déjà eu, dès qu'elle s'éloignait de ces directrices, des crises de tics et de scrupules. Elle s'est laissée pousser à ce mariage « sans réfléchir, sans rien accepter. Tout s'est passé comme dans un rêve, comme s'il ne s'agissait pas de moi. Je n'ai eu de plaisir à rien, je ne me suis intéressée à rien, j'ai reçu des cadeaux de fiançailles sans les regarder, sans comprendre qu'ils étaient à moi. » Depuis le mariage, les troubles ont été en s'aggravant, la malade reste dans son appartement inerte et agitée : « Je ne puis absolument rien faire, dit-elle, pas même m'asseoir ni me reposer, je suis affolée devant la plus petite action, dès que j'essaye de la commencer, tout se raidit en moi et je dois cesser sinon je me mettrais à pleurer et à crier. Je ne puis rien faire dans ce ménage qui n'est pas à moi, je ne sais pas si j'aime mon mari ou si je ne l'aime pas, s'il est mon mari ou s'il ne l'est pas, s'il va rester près de moi ou s'il va s'en aller tout de suite ou si moi je vais m'en aller n'importe où, car je suis obsédée par l'idée de quitter tout. »

Bien entendu les actes génitaux sont troublés : cette femme, qui, avant le mariage, avait des habitudes de masturbation avec jouissance, est devenue totalement insensible et se laisse faire avec une indifférence totale et, comme je l'ai déjà remarqué dans des cas semblables, sans aucune pudeur, comme sans aucun désir, ce qui ne l'a pas empêchée de devenir enceinte. Comme je le faisais déjà remarquer dans ma discussion sur les théories sexuelles des troubles névropathiques, il ne faut pas se hâter de conclure que tous les troubles de cette femme prennent leur point de départ dans son insensibilité génitale. Celle-ci n'est qu'un aspect particulier d'un trouble général qui porte sur tous les sentiments comme sur toutes les actions : « Rien ne me semble réel, rien n'existe pour moi, pas même ma mère ou ma sœur que je n'aime plus... » J'ai déjà fait observer la curieuse altération des sentiments de propriété : « Je ne puis pas dire comme les autres jeunes femmes, c'est gentil chez moi, j'ai de jolies choses, car je n'ai rien à moi : le mari n'est pas à moi, les objets non plus, rien n'est à moi de ce qui m'a été donné depuis mes fiançailles et je cherche à mettre de vieilles robes que j'avais étant jeune fille pour me sentir au moins dans des vêtements à moi... » Cette femme a déjà été traitée de bien des manières, en particulier elle a été isolée à deux reprises dans des maisons de santé sans aucun résultat que l'aggravation de son agitation. On peut considérer toute la maladie comme un accrochage analogue à celui de Zoé. Elle n'a pas accepté le mari, elle ne s'est pas adaptée à la vie conjugale, à la vie à deux dans un milieu déterminé. Les troubles dépendent encore de l'insuffisance de ces actes et des efforts impuissants qu'elle fait pour les accomplir. Il faut ou bien arrêter ces efforts en rompant le mariage, ou, comme la chose me paraît plutôt désirable et dans ce cas possible, aider la malade à faire d'une manière complète les actes qu'elle n'a pas encore pu faire : cet essai quoique difficile peut avoir des résultats intéressants.

On observe souvent des phobies ou des obsessions singulières qui se développent peu de temps après le mariage, nous venons d'en énumérer un certain nombre. Ces maladies ne sont différentes qu'en apparence, il s'agit toujours d'une dépression diversement exprimée en rapport avec l'arrêt ou la difficulté de l'acte d'acceptation du conjoint.

Le même problème se pose dans d'autres circonstances et on

peut considérer comme un accrochage typique cet accident survenu à Irène. Cette jeune femme habitait depuis quelque temps chez une de ses amies pour laquelle elle avait une grande affection, un jour elle fut stupéfaite d'être accusée par cette amie de tentatives de captation sur un vieillard. Après quelques scènes elle dut quitter la maison : elle était parvenue à se disculper complètement aux yeux de tous, mais « elle n'avait pas réussi à confondre l'accusatrice, elle-même, à l'humilier, à se venger d'elle ». Depuis dix-huit mois à la suite de cet incident, Irène reste malade, atteinte d'une aboulie, d'une inertie invincibles, incapable de dormir aussi bien que de travailler et à chaque instant tourmentée par des obsessions relatives à cette aventure, par des impulsions à aller chercher cette femme, à lui faire des scènes, à la confondre, à se venger d'elle, etc. Bien que personne ne l'accuse, que tout le monde soit convaincu qu'il s'agit d'une crise de jalousie maladive de son amie, elle ne peut « liquider cette situation » et reste indéfiniment en face du même événement sans arriver à le franchir. Il y a là un exemple typique de ces actes de liquidation que le médecin doit très souvent faire faire aux malades pour éviter des épuisements nerveux qui en se prolongeant deviennent très graves.

Dans certains cas les malades s'accrochent à un problème moral, à un jugement qu'ils ont besoin de faire pour continuer leur vie intellectuelle et qu'ils ne sont pas capables de faire. Un homme intelligent ne peut pas agir sans comprendre, sans croire certaines choses et, quand il ne peut plus les comprendre ou les croire, il peut encore sans doute continuer sa vie élémentaire et même une partie de sa vie sociale, mais il reste gêné, arrêté dans cette interprétation intelligente que toutes les personnes cultivées se donnent continuellement à elles-mêmes de leur propre vie et de leurs actes et toute sa conduite en est bouleversée.

Dans mon premier travail déjà trop long cependant, j'ai étudié les obsessions d'une manière trop sommaire. J'ai essayé de montrer que le fait d'avoir des obsessions dépendait de la dépression mentale et des sentiments d'incomplétude sous-jacents. Cela est vrai car sans cette insuffisance le sujet ne resterait pas accroché aux diverses difficultés de la vie. Mais cela dit, il faut reconnaître que les obsessions sont souvent fort différentes les unes des autres dans leur mécanisme psychologique. Je signale main-

tenant des obsessions particulières qui sont des accrochages à certains problèmes posés devant le sujet comme certaines aboulies ou certaines phobies sont en rapport avec un arrêt devant une difficulté de la vie sociale. Lydia qui a changé de milieu, qui a été humiliée à la suite de son mariage ne comprend plus sa vie et ne se comprend plus elle-même, elle s'arrête devant le problème de sa valeur personnelle sans pouvoir arriver à une solution et ce problème insoluble prend une forme imagée dans l'obsession si curieuse de sa beauté. Lise se pose tout à coup le problème de la responsabilité personnelle et lui donne dans son obsession une forme symbolique quand elle travaille indéfiniment à chercher si dans l'autre monde elle sera responsable pour l'âme de son oncle ou si ses enfants payeront pour elle. Jd., f. 19, et bien d'autres, car le fait est fréquent à cet âge, se bute devant les questions morales que soulève l'évolution des tendances sexuelles. Ces problèmes une fois posés, le sujet est incapable en raison de sa dépression, soit de les résoudre, soit de les abandonner et pendant des années il va s'épuiser dans une méditation aussi stérile que coûteuse.

Sans doute le médecin peut observer que les malades sont actuellement trop épuisés pour pouvoir aborder de front la difficulté ; il peut être forcé, soit de les faire reposer d'abord, soit de relever leurs forces mentales par une éducation générale. Mais de toute façon il arrivera un moment où il sera nécessaire de leur faire franchir l'obstacle, de les aider à sortir de l'ornière pour permettre au char embourbé de reprendre cahin-caha le chemin de la vie.

Beaucoup plus souvent les actes insuffisants sont plus nombreux, se représentent plus fréquemment : il ne s'agit pas précisément de faire accomplir un acte une fois pour toutes, mais de restaurer une tendance et d'apprendre au sujet à faire régulièrement des actes d'une certaine nature. Chez les malades qui ont des phobies, par exemple, les angoisses qui semblent survenir dans des conditions déterminées sont le plus souvent la conséquence de l'insuffisance des actes qui devraient se réaliser dans ces circonstances.

Dans beaucoup de névroses interviennent des troubles de certaines fonctions psychologiques élémentaires. Sb., f. 27, présente depuis des années une singulière phobie accompagnée

d'idées obsédantes presque délirantes : elle est à chaque instant envahie par la crainte d'avoir avalé par mégarde un objet volumineux auprès duquel elle vient de passer. Il ne s'agit pas seulement d'une pomme, d'une orange qu'elle a vue sur la table, mais même d'une énorme pomme d'escalier, d'un gros coussin ou même d'un meuble qu'elle vient de regarder. Bien qu'elle essaye de répéter que cette imagination est absurde, elle s'affolle, étouffe, elle a de terribles angoisses pendant des heures. Il est facile de constater que même en dehors de ses crises cette malade déglutit mal, avale de l'air et respire mal. La moindre emotion désorganise complètement ces fonctions insuffisantes et amène de véritables crises d'aérophagie ; le gonflement de l'estomac la gène de la respiration jouent un grand rôle dans l'obsession. J'ai été amené à chercher si la restauration de ces actes élémentaires, le traitement de l'aérophagie n'auraient pas une heureuse influence sur la phobie elle-même. La thérapeutique par l'action se rattache ici à la gymnastique et surtout à la gymnastique respiratoire dont nous avons déjà vu l'importance.

Dans bien des cas il est facile de constater que les troubles du sommeil jouent un rôle considérable dans la maladie et quelquefois même, que ces troubles semblent déterminer l'épuisement des forces nerveuses. Nous savons d'autre part que le sommeil est un acte, et que cet acte présente des dépressions et des troubles par dérivation comme les autres actes. De là une tentation naturelle de chercher à modifier directement cette action du sommeil : cela est malheureusement fort difficile. Le plus souvent dans mes observations, le sommeil a bénéficié indirectement de l'excitation de quelque autre tendance. Zob., f. 50, dormait toute la nuit si elle avait eu dans la soirée une excitation, si elle a été au théâtre ou dans une soirée ; Ig., h. 30, dort également s'il a eu dans la soirée une scène violente comme il les aime, s'il a été émotionné et s'il a pleuré ; Ed., f. 60, dort si on a réussi à la faire rire dans la soirée et Nebo., h. 40, ne dort que s'il a pu faire un travail dans la journée. Dans d'autres cas cependant il me semble qu'une éducation directe du sommeil à pu être utile ; Lib., f. 44, apprend à arrêter ses rêveries continuelles et se prépare au sommeil ; Dn., f. 30, apprend à cesser ses agitations et ses cris qui survenaient au début du sommeil. Kx., f. 26, qui restait toute la nuit dans une somnolence vague se trouve bien d'un exercice qui consiste à interrompre cette somnolence, à se

lever et à se recoucher pour dormir complètement. Il y a certainement une attitude musculaire du sommeil, une résolution, un abandon de la vigilance musculaire que l'on peut chercher volontairement et qui permet de préparer le sommeil. La recherche de l'acte du sommeil n'est pas absolument chimérique.

De même qu'elles ne savent pas dormir, ces personnes ne savent pas se reposer; elles travaillent ou s'agitent tout le temps, elles sont constamment raidies, tendues sans réussir à se détendre. C'est que le repos est un acte qu'il faut savoir faire comme le sommeil et qui comporte même des mouvements et des attitudes spéciales aussi bien physiques que morales et il y a des dépressions et des impuissances à propos de cet acte comme à propos de tous les autres : « Je ne sais même pas m'asseoir dans un fauteuil, je suis toujours au bord et jamais au fond... Je ne sais pas flâner... Je ne sais pas me mettre en veilleuse. » La distraction et le jeu comme la flânerie se rattachent à l'acte du repos, ces malades ne savent pas jouer, ni se distraire et reconnaissent un peu tard « qu'ils ont recherché une vie trop austère de travail continuel dans un âge où on a quelquefois besoin de détente ». Ces actes du repos peuvent être appris et la recherche volontaire des attitudes du repos, de la détente, du jeu, est une préparation salutaire au repos lui-même. C'est par ce point que les thérapeutiques précédentes par le repos et l'économie se rattachent à nos thérapeutiques actuelles par l'action.

On ne se figure pas combien d'accidents nerveux peuvent être engendrés par des troubles de la fonction urinaire. Vor., f. 45, se présente avec l'aspect d'une agoraphobe, elle a des angoisses à la pensée de quitter son appartement, de sortir de chez elle, d'aller dans la rue, de se trouver chez d'autres personnes. Ces angoisses se sont développées chez une femme évidemment inquiète et scrupuleuse à la suite d'un eczéma des parties génitales et des soins de propreté urinaire qui ont été nécessaires pour le guérir. La surveillance de cette fonction, surveillance qui est toujours dangereuse, l'a amenée à éprouver à chaque instant des envies d'uriner, et à n'être jamais satisfaite de l'acte de la miction. Elle en arrive à essayer d'uriner à chaque instant, à retourner soixante fois de suite aux cabinets avant de se mettre au lit, à redouter « les accidents les plus terribles » si elle s'éloigne un moment de cet endroit sauveur : elle enferme sa pensée dans cette préoccupation et ces précautions et s'y épuise.

Ub., h. 44, a été fortement impressionné dans sa jeunesse par le pénible traitement d'une blennorrhagie prolongée, il est toujours resté inquiet à propos de ses fonctions urinaires. Affaibli par des querelles de famille, impressionné par une consultation maladroite il devient tout à fait obsédé et phobique. Sans doute il est obligé de convenir qu'il ne présente aucun trouble actuel de la miction, mais « il va certainement avoir des spasmes du canal qui nécessiteront des sondages horriblement douloureux et il préfère mourir plutôt que d'avoir à les supporter toute sa vie ». Il est obligé de renoncer à tout travail, il ne s'occupe nuit et jour que de sa miction, essayant à tout instant d'uriner, ressentant ou croyant ressentir des spasmes horribles dans tout le bas ventre et complètement affolé par les angoisses. Cet état s'aggrave constamment, quoique le malade soit déjà interné depuis six mois. Dans ces deux cas le trouble a nettement pour point de départ la fonction urinaire, qui est normale dans sa partie physiologique, mais qui dans sa partie psychologique plus importante qu'on ne le croit généralement, est complètement désorganisée. N'est-il pas juste d'essayer la rééducation de cette fonction et le rétablissement de l'acte d'uriner normalement, afin de constater les modifications que ce rétablissement apportera dans les autres fonctions mentales.

Il ne faut pas exagérer l'importance des troubles sexuels, mais il ne faut pas non plus méconnaître leur grand rôle dans les névroses. Il ne faut pas nier que très souvent une altération, une dépression sinon dans la partie physiologique au moins dans la partie psychologique de ces fonctions ne soit le centre de beaucoup d'autres altérations névropathiques. On pourrait rappeler à ce propos beaucoup d'observations de ces jeunes maris qui mal impressionnés le soir de leurs noces ont été momentanément insuffisants. Les soirs suivants, l'émotion, la crainte de l'insuccès et souvent des interventions malencontreuses rendent le retour de la fonction difficile et créent une véritable impuissance psychologique. Celle-ci à son tour donne naissance aux troubles névropathiques les plus variés. Des troubles semblables existent bien souvent chez les jeunes femmes, quoiqu'ils soient moins remarqués, ils se traduisent par du vaginisme, de la frigidité et jouent souvent un rôle important dans les dépressions du début du mariage.

Plus graves sont les insuffisances matrimoniales qui dépendent

d'un arrêt dans le développement psychologique de la fonction, que celle-ci soit restée au stade de la masturbation solitaire ou au stade de l'homo-sexualité. Ae., h. 27, insuffisant sexuel et psychasténique a été marié cependant à 26 ans : il a depuis deux ans avec sa femme la plus singulière conduite. Quand il se trouve avec elle devant des témoins, il se montre empressé, galant et même inconvenant, parce qu'il sait bien qu'en public il n'aura pas à aller jusqu'au bout et qu'il est fier de se montrer conquérant ; en même temps il prend vis-à-vis d'elle une attitude dominatrice et hautaine, il affecte de la traiter en bébé et il exige d'elle des marques constantes d'admiration et de soumission. Quand il est seul avec sa femme, le tableau change complètement, il prend une attitude gênée et craintive, il évite de lui parler et il prend des précautions pour qu'elle ne sache rien de ses goûts, de ses sentiments, comme s'il avait peur de l'intimité. Il prend tous les prétextes pour s'écarter d'elle ; s'il est forcé de l'approcher il met réellement des gants pour la toucher et ses caresses ébauchées qui n'aboutissent à rien se transforment vite en coups et en pincements. Il fait montre d'une pudeur invraisemblable, il ne peut tolérer qu'elle le touche et semble terrifié à la pensée qu'elle puisse voir une partie quelconque de son corps. D'ailleurs il déclame constamment sur la religion et la morale qui règlent les rapports entre mari et femme et qu'une épouse « doit constamment respecter si elle ne veut pas devenir une mauvaise femme ». Cette situation qui se prolonge depuis deux ans détermine les plus grands troubles nerveux chez les deux époux, le mari devient de plus en plus aboulique et inquiet et la jeune femme a des accidents hystériques.

Sans doute nous savons qu'il est souvent dangereux de forcer de pareils individus à exécuter l'acte conjugal, j'ai déjà vu de graves accidents et même un grand délire prolongé survenir dans ces conditions après des essais imprudents. Il n'en est pas moins vrai que le médecin doit ici prendre une décision, ou bien adopter la thérapeutique par l'économie et séparer ces jeunes époux pour qu'il n'y ait plus perte de forces continuelle dans des efforts inutiles, ou bien faire un essai de la thérapeutique par l'excitation et amener le mari à pratiquer un acte complet qui les guérira tous les deux. Plus souvent qu'on ne le croit, si le médecin est aidé par une femme intelligente, cette dernière thérapeutique est praticable et heureuse.

Les prétendus « invertis sexuels » eux-mêmes sont le plus souvent des déprimés chez lesquels la fonction sexuelle est arrêtée à un stade élémentaire de son développement. Ils sont des timides, des abouliques sexuels qui ont peur du sexe opposé avec lequel les rapprochements sont de toute façon plus complexes. « Je suis en retard de vingt ans, » disait justement Xc., f. 37, dont il serait intéressant de raconter un jour l'histoire. Ces malades sont plus qu'on ne le croit susceptibles de relèvement et d'éducation.

Les fonctions psychologiques sexuelles peuvent être altérées d'une autre manière non pas primitivement par un développement insuffisant, mais secondairement par une régression due à la dépression mentale. Beaucoup d'individus, qui ont eu des rapports génitaux normaux avec sensation suffisante, deviennent froids et impuissants quand ils sont malades ou bien régressent jusqu'à l'abus de la masturbation. Cet acte sexuel réduit, moins coûteux, joue alors le rôle d'excitant passager : Bb., f. 26, tourmentée par des phobies et des manies mentales est obligée de s'exciter ainsi « quand elle veut marcher sans compter sans cesse le nombre de ses pas ». Inversement nous connaissons les observations intéressantes de Wb. et de Pya., ces hommes qui pendant toute leur vie se sont servis de l'acte sexuel comme d'un excitant et qui tombent dans la dépression quand ils l'ont perdu. Dans ces derniers cas j'ai été amené à conseiller à ces malades l'éducation de l'acte sexuel et les résultats de ce traitement sur lequel je reviendrai ont été, il me semble, fort curieux. Sans croire, comme l'école de Vienne, que les rapports génitaux constituent toujours un traitement idéal, je suis obligé de reconnaître que l'exercice génital, dans les conditions de modération et de prudence convenables, s'est montré dans bien des cas extrêmement utile et que le médecin n'a pas le droit d'ignorer sa valeur thérapeutique.

Quand les malades présentent une de ces affections rangées un peu confusément sous le nom de délires ou phobies du contact, il n'est pas difficile de découvrir qu'il y a au-dessous de ces phobies des aboulies portant plus ou moins précisément sur telle ou telle catégorie d'actions. Cc., homme de 55 ans, qui pendant toute sa vie s'était intéressé à l'équitation et aux soins que réclament les chevaux de course, a renoncé à la suite d'une déception à s'occuper de chevaux et d'écuries : il a traduit ce renoncement par la crainte du crottin de cheval en renversant

les termes comme font souvent ces malades et il a étendu à tous les objets la peur de la saleté. Df., f. 22, explique toutes ses impuissances et son inertie par la phobie du cancer, mais le principal est son incapacité à s'occuper du ménage après un changement d'habitation, son incapacité à s'adapter à une vie nouvelle. Il en est de même pour beaucoup de cas de phobie du contact surtout chez les femmes et il faut souvent rechercher l'aboulie du ménage sous les phobies du contact. Les actes à obtenir sont ici assez nettement indiqués.

Un grand nombre de névroses prennent l'apparence de névroses professionnelles et on connaît bien les obsessions, les phobies, les tics professionnels. J'en ai déjà décrit bien des exemples, en voici quelques nouveaux : Ec., h. 40, se croit forcé de renoncer à sa profession de dentiste dans laquelle il réussit bien « parce qu'il lui arrivera les aventures les plus terribles s'il ne peut résister à l'impulsion qui le porte à faire des inconvenances avec ses clientes ». Fd., h. 35, pharmacien, a commis un jour une erreur assez grave dans la préparation d'une potion, erreur qui heureusement n'a pas eu de conséquences ; mais il reste effrayé de sa distraction et il tombe dans un état d'obsession scrupuleuse qui le fait renoncer à tout travail depuis un an. Nebo., h. 40, après quelques insuccès dans son commerce, est tellement agité dès qu'il entre dans son magasin, qu'il a pris sa retraite et s'est retiré à la campagne, où il devient d'ailleurs bien plus malade. Si on veut bien observer que chez ces malades l'arrêt des tendances professionnelles joue encore aujourd'hui le principal rôle dans la dépression générale, on se demandera s'il n'est pas légitime de chercher à restaurer de préférence cette activité professionnelle. La retraite ou tout simplement des vacances trop longues sont des choses plus dangereuses qu'on ne le croit. Bien des hommes que leur activité professionnelle maintenait seule à un niveau de tension supérieur sont incapables de trouver dans d'autres activités une nouvelle source d'excitation. Il est très souvent important de leur faire reprendre le travail qui avait réussi à les maintenir pendant bien des années.

Les actes que l'on aura le plus souvent l'occasion de faire faire avec l'espoir d'obtenir une excitation sont les actes sociaux. Les claustrophobies, les agoraphobies, les éreutophobies, les dysmorphophobies, les innombrables névroses, en général si mal comprises, qui sont des variétés de la timidité pathologique, c'est-

à-dire de l'aboulie sociale, doivent être souvent traitées par des exercices de l'activité sociale. Que de pauvres malades il faut forcer à faire des visites, « à rester dans un salon où il y a trois personnes sans avoir envie de se sauver comme une folle », à voyager dans un compartiment de chemin de fer où il y a des messieurs quoique « l'on manifeste par des rougeurs inconvenantes les envies qui vous tourmentent, quoique l'on ait des rires nerveux qui sont des provocations », à se placer convenablement dans une église sans se cacher derrière un pilier « quoique l'on souille la cérémonie par sa présence », à parler directement à des gens quoique « l'on les rende malades par son haleine », à commander à sa bonne « quoique le cœur s'arrête de battre », à faire des achats dans un magasin quoique « l'on aimerait mieux entrer dans une cage pleine de lions que de parler à la vendeuse », à passer dans une rue où il n'y a pas de pharmaciens « ce qui vous expose à être porté directement à la Morgue », etc. Quelquefois les actions sociales à obtenir sont d'un ordre un peu plus élevé : beaucoup ont besoin d'apprendre à parler, à écouter, à entendre des plaisanteries sans s'indigner, à tolérer une discussion sans se fâcher. Il faut les pousser à exprimer leur pensée, à la démêler, à la soutenir de manière à éviter ces petits insuccès qu'ils ressentent si vivement et qui sont si souvent le point de départ de leurs phobies et de leurs obsessions.

Ces troubles de l'activité sociale prennent quelquefois chez les psychasténiques des formes bien singulières. Ge., h. 40, a été interné dans un asile parce qu'il présente un délire bizarre « qui, dit la famille, doit être un délire de persécution ». Quand il est seul ou se croit seul, il reste bien tranquille dans son fauteuil, il fume des cigarettes ou lit des petits romans et se comporte d'une façon fort raisonnable ; mais dès que quelqu'un s'approche de lui, il se lève, il gesticule, il fait des grimaces, il cherche à se sauver, frappe les meubles et casse les carreaux en criant : « Vous allez me rendre malade, vous allez me donner une crise, me rendre fou, je suis dominé, n'approchez pas... j'aurai un délire épouvantable si on me parle, si on me fait sortir, laissez-moi seul !!! » et cette comédie dure depuis plus de deux ans. C'est un individu qui a toujours été un psychasténique typique et qui, à l'occasion de quelques fatigues et surtout de quelques insuccès dans sa profession, a transformé en délire ses obsessions de honte et de crainte sociales. C'est chez lui l'action sociale de voir

des hommes, de leur parler qui est troublée dès le début; s'il y a quelque chance de le guérir, ce ne peut être qu'en essayant de restaurer cette action.

Dans un cas comme le précédent il s'agit d'obtenir des relations sociales quelconques, quand la maladie est moins grave, il faut préciser le genre de relations sociales que l'on doit rechercher. J'ai souvent insisté sur ce fait curieux, c'est que les psychasténiques n'aiment pas à frayer avec leurs égaux. Ils cherchent des amants ou des amis parmi les gens qui leur sont inférieurs soit par la fortune, soit par la situation, soit par l'éducation : des jeunes gens ou des hommes ne veulent causer ou jouer qu'avec des enfants très jeunes, ou inversement des jeunes filles ne se plaisent qu'avec des personnes beaucoup plus âgées qu'elles. Il s'agit toujours de trouver une situation sociale facile où l'on rencontre sans efforts la docilité, l'admiration, l'indulgence, où l'on soit assuré des égards. L'éducation sociale des timides doit constamment lutter contre cette tendance.

Dans certaines circonstances un singulier exercice de l'activité sociale consistera dans des actions que le malade doit faire seul, isolément. Sans entrer ici dans l'étude psychologique de l'action faite isolément qui est si intéressante, je rappellerai que chez des êtres qui ne seraient pas sociaux l'activité d'un individu isolé n'aurait pas de caractères propres. Une activité particulière dans l'isolement n'existe que par contraste avec l'activité en société, elle est donc encore une forme d'activité sociale. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle est si fréquemment troublée chez les grands timides, chez des malades qui ont des troubles de l'activité sociale. Il y a des cas où il faut obtenir l'acte isolé comme précédemment il fallait obtenir l'acte en société. Wkx., h. 29, qui a toujours vécu dans sa famille, qui est accompagné partout, qu'on n'a jamais osé laisser seul, a des crises de psycholepsie avec sentiment d'étrangeté, d'éloignement et de mort, dès qu'il essaye une action dans l'isolement. L'effort utile pour lui consiste dans des actions, même dans de petits voyages qu'il est obligé de faire seul. Beaucoup de femmes obsédées par la poursuite de l'amour s'accrochent désespérément à une personne parce qu'elles ne se sentent pas capables de faire une action quand elles sont seules. Ne doit-on pas les forcer à agir, à sortir seules, à avoir des goûts personnels et à les satisfaire sans se préoccuper toujours de ce qu'en pense une autre personne. La

restauration de l'activité isolée est souvent un signe de relèvement mental : Zoé., f. 26, le remarque elle-même : pendant la période la plus grave de sa maladie, elle se sentait terrifiée dès qu'elle était seule et elle cherchait constamment à s'accrocher à quelqu'un, c'est quand elle commence à aller mieux qu'elle sent quelque bien-être et quelque repos à être seule.

Dans certains cas les troubles des malades nous indiquent l'arrêt d'une fonction intellectuelle, d'une certaine catégorie de perceptions, d'une croyance, d'un raisonnement et ici encore l'action qu'il faut rechercher semble assez bien déterminée. J'ai souvent trouvé utile en particulier dans le traitement de malades presentant de la dépersonnalisation, de diriger leur attention sur leurs sensations tactiles et musculaires, comme s'il s'agissait d'hystériques anesthésiques, quoique l'on ne put constater une anesthésie véritable. Trois malades en particulier ont été traités de cette manière avec des résultats fort encourageants. Hd., h. 42, présente un singulier trouble de dépersonnalisation qui semble porter exclusivement sur sa parole et même plus particulièrement sur l'audition de sa propre parole. Il sait bien que c'est lui qui marche ou qui mange, que c'est lui qui sent les attouchements ou les piqûres, il admet également que c'est lui qui voit et qui entend quand il s'agit des bruits ou des paroles d'autrui. Mais il est tourmenté par cette impression obsédante que sa parole lui a échappé, que ce n'est plus lui qui parle, que cette parole qu'il entend sortir de sa bouche n'est plus la sienne. Cet homme n'a aucun délire : il sait théoriquement que la parole qui sort de sa bouche est bien la sienne, qu'elle exprime ses idées, qu'elle a conservé le même son qu'autrefois, qu'elle n'est aucunement changée, mais il se plaint d'avoir perpétuellement l'impression que ce n'est pas lui qui parle. Il y a là un curieux trouble du langage chez un homme qui a toujours été un timide, qui a toujours été inquiet et gêné à propos de sa parole, qui était malheureux s'il était forcé de parler à ses ouvriers, et qui se sentait vite épuisé s'il était obligé de parler un moment. Il est facile de comprendre que la dépression a porté particulièrement sur la parole, fonction débile chez lui. Mais cela n'est pas tout à fait suffisant : quand il lit, même en articulant intérieurement, quand il tient même un discours intérieur à voix basse, il n'a aucun trouble de la parole et il n'éprouve pas le sentiment de dépersonnalisation. Le sentiment d'étrangeté n'apparaît pas dans

l'articulation de la parole, mais seulement dans son audition. L'examen de l'ouïe ne révèle rien de bien net, je relève seulement un retard fort appréciable de la réaction auditive. Ces allongements du temps de la réaction sont fréquents chez les psychasténiques; mais ici ils n'existent guère que pour la perception auditive. On pourrait peut-être supposer que le malade était habitué à entendre sa propre voix plus près du moment où il l'émettait et que ce petit détail joint à la dépression portant sur la fonction de la parole a joué un rôle dans la forme singulière de l'obsession. Quoi qu'il en soit le traitement psychologique que j'ai essayé d'appliquer à ce singulier malade a surtout consisté en exercices de la parole et en exercices de l'attention auditive.

Ces observations nous montrent qu'il est quelquefois avantageux de chercher l'excitation du sujet au moyen d'une certaine action déterminée que le sujet sait faire, qu'il n'a pas besoin d'apprendre, mais qu'il a cessé de faire, au moins de faire correctement et qu'il tirera plus de bénéfice de la réalisation de cet acte que de tout autre. L'excitation se présente à peu près de la même manière que l'éducation qui doit porter sur un point déterminé. En général cependant il n'en est pas ainsi, la dépression semble porter sur l'esprit tout entier et la réalisation d'une action particulière ne semble pas beaucoup plus importante que celle d'une autre. Les malades n'ont pas eux-mêmes découvert des actions qui les intéressent et les excitent : « Je suis une femme inoccupée qui ne s'intéresse absolument à rien ; jamais je n'ai été ni amoureuse ni travailleuse et je ne me suis jamais sentie capable de quoi que ce soit de remarquable en bien ou en mal, aussi j'ai peu à peu renoncé à rien faire. Si vous voulez me faire faire quelque chose, faites-moi faire n'importe quoi, car tout m'ennuie également. » Ce serait une erreur de chercher quelque chose qui leur plaise, qui les intéresse, car leur maladie consiste justement en ce qu'ils ne peuvent s'intéresser à rien. L'intérêt est une forme de l'activité des tendances, il est déjà un degré d'activation et il faut que la tension soit déjà relevée pour qu'il y ait intérêt.

La seule préoccupation que l'on puisse avoir alors quand il s'agit de choisir l'action qui deviendra source d'excitation, est une préoccupation de commodité. Il est naturel de chercher avant

tout l'action la plus facile à obtenir, celle qui le plus facilement procurera au sujet un succès dans les conditions où il se trouve. Quelquefois on pourra faire appel à l'une des actions que nous venons de passer en revue, à la recherche de certaines sensations, à des actes sociaux, que nous avons signalés. Souvent en raison de la difficulté pratique des actes précédents on pourra s'adresser à d'autres actions que je signale pour leur commodité et parce qu'elles ont eu souvent dans ma pratique un effet excitant.

Les plus simples de ces actions consistent en mouvements simples des membres que le malade peut exécuter sans avoir à parler et sans avoir à se préoccuper des personnes environnantes. La toilette, le ménage, la couture, la promenade, la bicyclette, les travaux de jardinage, de menuiserie, etc. sont de ce genre. Émile, ce jeune homme de 18 ans, éreutophobe, vivant immobile dans un coin de sa chambre, la figure cachée dans ses mains ou absorbé dans d'interminables lectures a réussi à faire de petits travaux mécaniques, de la reliure ; il a été transformé quand il a réussi à s'intéresser à l'éducation d'un petit chat qui a eu sur lui la plus heureuse influence.

Des exercices beaucoup plus importants dont l'effet excitant peut être plus intense sont les actes où la parole entre en jeu. Il est souvent très utile de forcer certains malades à parler clairement d'un sujet quelconque. Quand ils sont fort déprimés, il n'y a guère qu'un sujet dont ils puissent parler, c'est d'eux-mêmes et de leurs souffrances. Quoique cela paraisse bizarre et même quelquefois dangereux, il me semble souvent utile de laisser le malade parler de lui-même abondamment et de l'amener à exprimer ses craintes et ses obsessions, en évitant bien entendu les excès de parole. Il faut seulement exiger que cette expression des idées soit faite avec le plus de clarté et de netteté possible. Comme je l'ai décrit au début de mon livre sur les obsessions, ces malades même quand ils semblent être bavards s'expriment le plus souvent très mal. Claire que je décrivais à ce propos se contorsionne indéfiniment et répète sans pouvoir s'arrêter : « Je l'ai déjà dit, je crois l'avoir dit... mais ce n'est pas cela... » et elle s'en va toujours désespérée « de n'avoir rien dit ». En outre de la difficulté qu'ils éprouvent à préciser leurs idées, les malades, les scrupuleux surtout, ont à surmonter la gêne et la honte qu'ils ressentent quand il s'agit d'avouer tout haut les idées bizarres et souvent obscènes qui les tourmentent. C'est tout un

travail que de faire exprimer par Kl. les doutes qu'elle a sur la tache que son garçon porte au derrière et les questions qu'elle se pose pour savoir si cette tache prouve bien qu'il est l'enfant du mari et non d'un autre. Il faut plusieurs séances d'efforts pour amener Da., f. 22, à dire tout haut : « Je pense que l'amour de Dieu a les mêmes effets que l'amour humain... que je deviens enceinte par l'amour de Dieu..., je mélange l'humain et le Divin. J'ai peur d'accoucher en allant aux cabinets et je regarde avec soin si c'est vivant... Est-ce que je fais l'acte d'amour avec le bon Dieu en m'essuyant ?... ». Chez certains malades on peut sans doute redouter de fixer les obsessions en les faisant exprimer trop souvent, mais cela est rare et le plus souvent l'effet de l'expression précise est tout différent.

Un exercice inverse peut avec avantage être associé à celui ci : le malade qui raconte ses misères au médecin qui apprend à les dire complètement et d'une manière intelligible, doit en même temps éviter d'en parler à tort et à travers à tout le monde comme il le faisait auparavant. Il y a là un effort pour garder le silence devant les membres de la famille aussi avantageux pour ceux-ci que pour le malade. Quand un obsédé peut arriver à garder ses confidences pour le médecin et à simuler la guérison devant les autres personnes il a fait un pas énorme : « Maintenant, dit Noémi, je méprise le sourd malaise qui m'agite, je fais comme s'il n'était pas.... Que de choses dans la vie il faut faire comme si... Je n'en parle pas à mon mari, j'en parle peu à moi-même... mais je le sens, je ne peux pas m'empêcher de le sentir... Au fond tant pis si je ne peux pas être bien, que personne ne s'en doute, je ne veux plus ennuyer personne... » Quand elle parle ainsi nous ne sommes plus loin de la fin de la crise. Cet effort excellent à tous les points de vue, qui évite des humiliations et qui soulage la famille détermine chez le malade une excitation des plus salutaires.

Ces deux conduites précédentes me paraissent de nature à mettre en exercice une tendance qui restait latente chez les malades de ce genre, la tendance à se confier à une personne déterminée. Ces malades en effet ont le besoin de se confier, mais en réalité n'arrivent pas à se confier : ils sont à la fois bavards et réservés, ils parlent à tort et à travers de certaines idées obsédantes et ils sont très renfermés sur leurs véritables sentiments et leurs préoccupations réelles. Dans la plu-

part des cas il est très utile de les amener à se montrer tels qu'ils sont. Cet exercice de l'intimité est beaucoup plus difficile à obtenir qu'on ne le croit : il demande du temps, de la patience et des efforts de la part du malade, même quand il en a compris l'importance. Beaucoup de malades se rendent parfaitement compte de cette difficulté qu'ils éprouvent à parler sincèrement d'eux-mêmes et de la secousse qu'ils éprouvent quand ils réussissent à faire cet effort. « Moi qui ne dis jamais que la moitié de ce que je pense, je suis toute changée quand je suis arrivée à parler sincèrement de moi-même. »

On peut rapprocher de ce travail un ensemble d'autres actions également difficiles mais dont les effets sont bien intéressants, et qui consistent dans la conscience et l'expression des sentiments. Les névropathes sont considérés en général comme des sensibles et des émotifs, parce qu'ils sont disposés à présenter à tout propos et hors de propos des dérivations émotionnelles en apparence considérables ; mais il ne faut pas en conclure que leurs sentiments soient en réalité toujours justes et profonds. Presque toujours des agitations émotionnelles peu adaptées et toujours les mêmes remplacent les sentiments qui devraient être variés pour être en rapport exact avec les circonstances[1]. Le psychasténique a moins de joies, moins de sentiments religieux ou artistiques, moins d'affections, moins de haines, moins de colères, moins de peurs, moins de tristesses même et moins de douleurs qu'il n'en aurait s'il était bien portant. Il se figure souvent qu'il arrête lui-même ces sentiments et leur expression par une sorte de pudeur parce qu'il craint de se laisser aller à un sentiment vif ; il croit que c'est volontairement qu'il remplace le sentiment par des plaisanteries, par de la blague ou par de l'agitation. Mais c'est là une illusion : les sentiments comportent des mouvements particuliers, des gestes, des paroles que l'on considère comme leur expression mais qui en réalité en font partie intégrante ; ils sont véritablement des actes et des actes de haute tension ; ils sont réduits chez ces malades parce que tous leurs actes et surtout les degrés supérieurs des actes sont réduits. Il semble à peine intelligible que l'on puisse pousser des individus à ressentir plus vivement qu'ils ne le font : cela est cependant simple si on considère le sentiment comme une action, si l'on

1. Cf. *Obsessions et psychasténie*, I, p. 714.

comprend que l'expression est une partie essentielle du sentiment et que le sentiment grandit si l'expression est plus complète et plus correcte. Exiger que le sujet cesse la blague et l'ironie quand il exprime un sentiment, qu'il ne l'arrête pas, qu'il le laisse se développer complètement, qu'il se fâche ou qu'il pleure réellement s'il en a envie, c'est là une opération délicate sans doute qui ne peut être faite que dans des circonstances assez particulières, mais qui donne plus souvent qu'on ne le pense des résultats très intéressants.

On peut appeler exercices intellectuels ceux dans lesquels des efforts d'attention, de représentation, de comparaison jouent un rôle. Ce sont là chez des malades d'esprit cultivé des actions assez faciles à organiser et à diriger et qui, quoique peut-être moins puissantes que les actes matériels ou sociaux, ont cependant une grande efficacité.

Certains actes de ce genre sont simples et peuvent être demandés même à des sujets très déprimés, ce sont de simples efforts d'attention portant sur des sensations déterminées. J'ai déjà signalé les exercices d'attention sur leurs sensations tactiles ou musculaires que je faisais faire à des malades atteints de dépersonnalisation, analogues aux exercices æsthésiogéniques des hystériques anesthésiques. On pourrait énumérer à ce propos une foule d'exercices d'attention portant sur le corps même du sujet ou sur les objets environnants, exercices analogues à ceux qui ont été rendus célèbres par la méthode de rééducation du contrôle de M. Vittoz (de Lausanne). Sentir exactement sa main, ses doigts, son pied, se rendre compte avec précision de ce que l'on sent dans sa poitrine où on ne découvre avec de l'attention que des sensations très simples au lieu de la douleur épouvantable que l'on se figurait ressentir, examiner même avec attention les dessins d'une tenture et les décrire avec précision, ce sont des efforts souvent très utiles et qui dissipent beaucoup d'algies ou de doutes. Une variété intéressante de ces exercices consiste à fixer l'attention non sur des sensations, mais sur des souvenirs ou des représentations de l'avenir. Certains malades déprimés, comme Eo., f. 31, se sentent tout à fait incapables de se représenter une situation différente de leur triste situation actuelle et restent confinés dans certaines obsessions. L'homme a cependant besoin de se représenter un avenir et un but et les efforts d'évo-

cation de ce genre ne sont pas seulement une gymnastique de l'attention et du contrôle, mais encore un encouragement. La seule critique que je ferais à ces méthodes quand elles sont un peu exagérées, c'est qu'elles sont bien élémentaires, quand il s'agit d'esprits cultivés qui pourraient fixer leur attention d'une manière plus efficace sur des opérations mentales plus élevées.

Je pourrais rapprocher de cette méthode une pratique à laquelle j'ai eu souvent recours autrefois à une époque où je cherchais à appliquer l'hypnotisme à des malades différents des hystériques, en particulier à des psychasténiques. Le fait qui au début m'a particulièrement frappé c'est que les pratiques hypnotiques ne donnaient pas chez ces nouveaux malades les mêmes résultats que chez les précédents. Sauf quelques rares exceptions quand il s'agit d'un de ces cas intermédiaires qui existent certainement, on n'obtient ni le somnambulisme ni la suggestion chez les psychasténiques comme chez les hystériques. Cependant je constatais avec étonnement que ces pratiques en apparence inefficaces avaient de très bons effets sur l'état mental des malades et le relevaient visiblement au point que certains malades, tout en constatant avec moi qu'il n'y avait ni sommeil hypnotique ni suggestion véritable, réclamaient ces pratiques qui les aidaient à se rétablir. Il est probable que ces tentatives d'hypnotisme déterminent chez quelques sujets des émotions et des efforts d'attention : les malades qui se prêtent à l'hypnotisme croient se décider à une petite opération d'une certaine importance, ils font des efforts pour rester absolument immobiles et pour laisser leurs muscles relâchés pendant un certain temps, ils fixent leur attention sur certaines sensations, etc... Il y a là un certain nombre d'actes analogues à ceux dont je parlais précédemment qui ont un effet excitant, quoi qu'ils soient tout à fait indépendants de l'hypnotisme proprement dit.

Un travail assez simple, facile à organiser est celui de la lecture et il est certain que la lecture d'ouvrages intéressants et bien faits peut avoir une puissante influence thérapeutique. M. J. Bourdeau, avec une obligeance dont je le remercie, m'a communiqué un passage curieux de l'*auto-biographie* de Stuart Mill. Le philosophe raconte que pendant l'hiver 1826-27 il était dans un état de profonde dépression et qu'il désespérait de pouvoir continuer à vivre. La lecture d'un passage de Marmontel sur la mort de son père, sur la détresse de sa famille, sur une inspi-

ration subite qui le poussait à travailler pour les siens l'émotionna vivement. Il se mit à pleurer, se sentit délivré de ses sombres pensées et reprit goût à la vie. M. J. Bourdeau m'a communiqué également un article bien curieux de M. Samuel Mc. Chord Crothers, intitulé « a literary clinic »[1]. L'auteur imagine un bon pasteur d'une église qui entreprend des pratiques psychothérapiques à l'exemple des Églises Emmanuel de Boston. Mais ce pasteur donne à son cabinet de consultation un titre bien curieux : « Bibliopathic Institute, Book treatment by competent specialists. » — « Il y a, dit cet ingénieux médecin des âmes, dans la littérature un stock de belles pensées, exprimées avec une telle variété de formes, que l'on peut s'en servir non seulement pour la nourriture mais aussi pour la médecine... Les livres doivent être classés d'après leur action médicale sur les esprits... Un livre peut être un stimulant ou un sédatif, un révulsif ou un soporifique, certains livres agissent comme un sirop lénifiant et certains autres comme un sinapisme. » Il propose de faire de véritables ordonnances littéraires où telle lecture agira comme ingrédient essentiel, telle autre comme adjuvant ou comme correctif et une autre enfin comme véhicule pour rendre la potion facile et agréable à prendre. La répartition des auteurs et des livres connus dans ces différents groupes est faite d'une manière spirituelle et amusante. Il y a une certaine vérité sous cet humour : on peut reconnaître que J.-J. Rousseau a eu un effet enivrant sur plusieurs générations et que certains poèmes pessimistes ont sur beaucoup d'esprits une influence déprimante. Il est certain qu'un médecin bien informé pourrait tirer quelque parti de cette influence morale des lectures.

Malheureusement on ne peut utiliser ces influences thérapeutiques délicates que sur un petit nombre de malades intelligents capables de les ressentir. Le plus souvent il nous faut demander à la lecture une action plus banale et plus simple. Quelquefois le choix du livre ou simplement son acceptation peut déjà donner lieu à un effort moral : Jd., f. 19, intelligente mais tourmentée par des scrupules religieux a de la peine à lire un livre surtout un livre intéressant s'il est écrit par un auteur irréligieux ou simplement protestant : « C'est pénible, dit-elle, de s'intéresser à un auteur et de savoir qu'il pense autrement que moi. Plus j'aime

1. *The Atlantic monthly*, sept. 1916, p. 292.

les gens, plus je voudrais que sur tous les points ils pensent exactement comme moi. » Elle a un effort à faire pour prendre une attitude complexe, pour continuer à s'intéresser à un auteur tout en acceptant qu'il diffère d'elle-même sur certains points. Le plus souvent les difficultés portent sur la lecture même, les malades sont assez disposés à lire vaguement des yeux sans rien comprendre et sans rien retenir : « Il y a toujours un mur entre le livre et moi, je ne peux jamais saisir la pensée des autres... » Pour lutter contre cette disposition il faut préciser le travail de la lecture, faire lire le sujet devant un surveillant, l'interrompre à chaque instant, le prier de réciter des passages, de raconter ce qu'il a lu, etc... Dans certains cas quand il s'agissait de sujets intelligents, j'avais imaginé un petit exercice que j'appelais « l'exercice des titres » : il consistait à prier le sujet d'écrire en marge du livre un titre aussi succinct que possible résumant le contenu de chaque paragraphe. Dans d'autres cas, quelques exercices simples de calcul ou simplement les comptes du ménage peuvent être ajoutés à la lecture.

D'autres enfin reconnaissent qu'ils ont besoin de travaux intellectuels plus complexes qui les absorbent : Bkn., f. 22, nous a raconté déjà qu'elle n'était bien moralement que dans les écoles quand elle avait des examens à préparer. Nous avons vu que dans certains cas le médecin devait provoquer certaines discussions morales, certaines réflexions sur les problèmes de la vie. En dehors même de ces cas particuliers, bien des travaux intellectuels sont à recommander aux malades peu atteints ou en voie de rétablissement. Les études de musique, les études d'une langue étrangère que j'ai fait faire à tant de malades, certains cours de l'enseignement supérieur, des travaux même de droit, de littérature, de philosophie, de sociologie, de science ont été essayés par bien des malades, avec des succès divers sans doute, mais parfois avec des résultats thérapeutiques remarquables. Il n'est pas tout à fait exact que l'esprit humain puisse vivre intelligemment sans croyances plus ou moins religieuses, sans systèmes plus ou moins philosophiques. Beaucoup de personnes en sentent la nécessité et réclament « des bases philosophiques pour apprécier la vie ». L'essentiel n'est pas de détruire les croyances fausses ou naïves, mais d'aider le sujet à atteindre des idées en rapport avec son degré d'intelligence ou de culture.

8. — L'exécution des actes.

Il n'y a pas lieu d'insister davantage sur la nature des actes qui peuvent servir de point de départ à l'excitation, car l'essentiel n'est pas le contenu même de l'acte, mais la façon dont l'acte est exécuté. Des actes tout à fait les mêmes en apparence se sont montrés insignifiants, ou ont été le point de départ de dépressions graves, ou ont servi d'excitants et ont relevé pour longtemps la tension psychologique. Nous devons essayer de tirer parti des études cliniques précédentes sur le caractère psychologique des actes qui ont joué un rôle favorable et chercher à les reproduire.

Le médecin se trouve en présence de deux objets qui paraissent contradictoires : 1° il faut que l'acte parvienne au stade le plus élevé, qu'il atteigne la plus haute tension psychologique, ce qui demande beaucoup de travail ; 2° il faut que l'acte soit exécuté sans fatigue, sans dépense excessive pour ne pas déterminer de l'épuisement. Malgré l'apparence ce n'est pas là un problème bien nouveau ; c'est le problème banal de toute spéculation commerciale : il faut que l'affaire soit assez conséquente pour pouvoir rapporter de gros bénéfices et il ne faut pas que l'engagement des capitaux dans la spéculation ruine la maison. Il faut en un mot faire une bonne opération, les problèmes de la vie sont toujours les mêmes.

Le malade se ruine quand il agit seul, parce qu'il fait des spéculations absurdes ; si la psychologie était une science, elle devrait fournir à son médecin le moyen de lui faire faire à coup sûr une bonne opération. Elle est bien loin de pouvoir le faire, tout au plus peut-elle donner quelques conseils utiles. C'est surtout la grande pratique de ces malades, l'habitude de leurs réactions, la connaissance de leurs expressions, des petits signes qui indiquent leurs changements qui permet de les diriger.

Quand la maladie n'est pas trop avancée et qu'il s'agit d'actes complexes, le médecin se borne à décider la nature de l'acte et son moment et il laisse le malade l'exécuter seul, quitte à intervenir ensuite pour critiquer l'action, la faire recommencer et perfectionner. Dans beaucoup de cas, quand l'aboulie et les phobies sont développées, le médecin n'obtiendra rien s'il n'assiste

pas à l'exécution des actes les plus simples, s'il ne force pas le sujet à agir devant lui et avec lui. C'est avec moi que beaucoup d'agoraphobes ont fait leurs premiers pas dans les rues. C'est presque toujours avec moi que les douteurs et les obsédés ont travaillé à prendre les résolutions importantes et qu'ils ont fait leurs efforts d'attention et de travail mental.

Il est essentiel de ne pas laisser le malade commencer l'action au hasard, n'importe à quel moment et la continuer indéfiniment. Il est très important de chercher à déclancher l'action au moment le plus favorable en évitant les circonstances où le sujet mal disposé est incapable de les faire. Par conséquent il faut suivre le malade, constater les petites dépressions qui suivent la fatigue et les émotions qui à ce moment aggravent la maladie et éviter de lui rien demander à ce moment. Certains malades, comme on vient de le voir, sont incapables d'un effort au début de la journée, d'autres à la fin; certaines femmes traversent une période de trouble avant les règles, tandis que pour beaucoup d'autres, cette période fâcheuse se place dans les journées qui suivent les règles; ce sont évidemment là des moments qu'il faut connaître et apprécier.

Ensuite il est bon de préparer les malades à l'effort par un repos préalable quelquefois prolongé. Lydia ne tire un bon parti de ses réflexions sur son obsession de beauté que si elle est restée, quelques jours auparavant, couchée dans le plus grand calme. De tels individus ont le plus grand besoin d'économiser leurs forces et par conséquent de ne pas les disperser dans des travaux accessoires: « Il me faut consacrer le peu de forces qui me restent à une seule action... je ne peux pas faire plusieurs choses à la fois. » Il faut donc soigneusement éviter que d'autres préoccupations, d'autres essais ne viennent se mêler avec l'action que l'on demande. Choisir le bon moment et concentrer l'esprit sur une seule action, ce sont des conditions essentielles de ce mode de traitement.

Celui qui assiste à l'exécution de ces actes et qui la dirige doit jouer un rôle fort complexe: il doit aider à l'accomplissement de l'acte sans faire l'acte lui-même, ce qui serait beaucoup plus facile et il doit dissimuler son aide autant que possible, car le malade a besoin de croire qu'il fait l'acte lui-même et qu'il le fait tout seul. Le directeur a choisi l'acte en coupant court à toutes les hésitations, il a pris les responsabilités: « Vous me forcez à

faire cette visite... et si je perds les urines au milieu du beau tapis, c'est vous qui êtes responsable... Si vous me forcez à manger malgré mes vœux, c'est sur vous que mes vœux retomberont. » Il décide le commencement de l'action, il interrompt les innombrables préparatifs et autant que possible il prend le malade par surprise en lui évitant d'user ses forces dans l'attente. Quand on veut faire faire un acte à un aboulique il ne faut pas le lui indiquer longtemps d'avance, car il sera épuisé et agité avant le moment d'agir.

Le directeur précise l'acte autant que possible, le fractionne si c'est nécessaire afin de donner à l'esprit un but immédiat et prochain : « Une chose lointaine, je ne me la représente pas assez bien pour avoir du courage... Travailler pour être guéri dans deux ou trois ans, ce n'est pas un objet pour moi, c'est trop lointain, cela ne me touche pas. » Enfin ce directeur favorise l'exécution complète de l'acte par tous les gestes, toutes les paroles qui ont la propriété de développer les tendances latentes, par l'ordre répété sans cesse, par l'encouragement qui relève les plus petits succès, les fait constater, les rend palpables, qui excite par l'espoir en faisant entrevoir des perspectives plus heureuses, par les explications de toute nature qui rassurent le sujet sur les dangers qu'il redoute, par l'exhortation qui fait appel aux sentiments, aux idées morales, etc... Certains sujets sont secoués par la familiarité et la sympathie : beaucoup d'auteurs ont très bien noté que l'on ne réussit pas dans cette thérapeutique spéciale si l'on ne s'intéresse pas à ces malades d'un genre spécial, qui sont souvent des personnes d'esprit fin et de sentiments délicats, que l'impuissance d'action et d'expression rend malheureuses et sympathiques. D'autres réclament la sévérité et la menace : « si l'on ne me force pas sans cesse à faire des choses qui me coûtent, je ne pourrai jamais guérir, il faut me tenir plus fermement... » On est amené naturellement à user quelquefois de sévérité, à mettre les menaces à exécution : l'isolement dans une maison de santé, la suppression des visites des parents, la nourriture donnée par la sonde, le séjour dans des chambres spéciales préparées pour les agités sont des procédés de rigueur auxquels on est quelquefois amené à recourir pour contraindre le malade à commencer l'exécution d'un acte nécessaire. Les peines physiques légères, les humiliations, les souffrances morales sont, comme on l'a vu, des phénomènes excitants que souvent les malades recherchent eux-

mêmes. Il est juste de s'en servir prudemment dans le traitement par l'excitation comme le pédagogue se sert des punitions dans l'éducation.

Faut-il aller plus loin, faut-il avoir le courage de provoquer une sérieuse souffrance physique et faut-il se servir de la véritable douleur comme d'un procédé thérapeutique ? Remarquons d'abord que cela n'a rien d'absurde, car nous avons vu des cas indiscutables d'excitation par la douleur physique et nous avons noté chez des malades déprimés des impulsions véritables à la recherche de cette douleur. En réalité beaucoup de médecins ont déjà fait depuis longtemps un usage discret de ce procédé sans le dire tout haut. Je me souviens d'un malade atteint d'abasie qui ne consentait à se tenir debout et à marcher que sous la menace et qui marchait correctement quand je l'avais frappé de quelques coups sur les jambes avec une lanière. Une certaine coercition a été bien souvent employée avec succès dans le traitement des maladies nerveuses ou des maladies mentales.

Le problème a été posé d'une manière bien plus nette à l'occasion des traitements organisés à Tours pendant la guerre par M. Cl. Vincent et que l'on a appelés des traitements par « le torpillage ». Cette méthode thérapeutique a été bien exposée par M. Rimbaud (*Marseille médical,* 15 septembre 1916) et bien résumée dans un article du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* 10 novembre 1916, p. 820. Ce traitement est appliqué en particulier aux malades qui présentent les troubles que je désignais dans mon travail de 1898 sous le nom de contractures du tronc, malades que l'on désigne quelquefois aujourd'hui par les expressions bizarres de camptocormiques ou de plicaturés. Il est applicable également à des contractures des membres, à des paralysies, à des tremblements, à des mutismes, en un mot à divers troubles du mouvement qui ne se rattachent pas à des lésions organiques, mais qui semblent en rapport avec des idées fixes du sujet et des phénomènes de dépression psychologique.

On fait passer dans la région lombaire du malade un courant électrique continu qui peut être porté progressivement de 30 à 50 et même à 100 et 120 milli-ampères. La douleur paraît vive, le sujet se raidit, proteste, parfois pousse des cris, rarement lutte et se débat. Il fait en même temps des mouvements de défense, il se redresse par un énergique effort d'extension de sa

colonne lombaire, ou bien il agite les membres paralysés. Il reste alors figé en position rectiligne, un peu étonné, étourdi et paraissant souffrir. Il faut à ce moment obtenir qu'il sorte de cette position et tente les premiers pas. On y réussit peu à peu, parfois en le stimulant de nouveau avec quelques applications des tampons électriques et petit à petit le sujet se met à marcher. La marche doit devenir de plus en plus rapide, mais l'on n'obtient ce résultat que par une série d'ordres toujours plus impératifs. Il ne faut pas laisser au malade en traitement un seul instant de repos. S'il s'arrête les médecins le prennent alors, marchent avec lui, au besoin le stimulent par un nouveau passage du courant, puis la marche s'accélère et rapidement on arrive à faire courir le sujet.

M. Georges Dumas, à propos du mutisme névropathique, parle aussi « de ces traitements impressionnants et légèrement coercitifs » dont le traitement électrique est le type[1]. Il observe de même qu'au premier cri de douleur poussé par le malade il n'y a qu'à continuer les excitations pour arriver à le faire parler.

Ces auteurs ont assez bien expliqué le mécanisme psychologique de ces traitements. Ce ne sont pas, à proprement parler, des traitements suggestifs, quoiqu'on les ait quelquefois décrits sous ce nom. Il ne s'agit pas uniquement du fonctionnement automatique et facile d'une tendance éveillée sous la forme impulsive, quoique des phénomènes de ce genre interviennent. Ce ne sont pas précisément des procédés d'éducation, car il ne s'agit pas d'apprendre au sujet des actes qu'il sait fort bien faire. Ce sont des procédés d'excitation qui suscitent des résolutions énergiques, qui élèvent le sujet au niveau de l'effort. « L'élément douleur est indispensable, il pousse les sujets à mettre en jeu toute leur volonté pour guérir afin d'éviter une nouvelle application » Ces auteurs notent même dans certains cas des expressions de joie qui caractérisent les états d'excitation : « la physionomie s'épanouit, le malade ne souffre plus, il reconnaît les excellents résultats obtenus. »

M. G. Dumas distingue très bien les influences qui s'exercent dans ces traitements électriques : « 1° on impressionne le ma-

1. G. Dumas, *Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre*, 1919, (F. Alcan) p. 150 ; à propos de la coercition nécessaire dans le traitement de certains troubles névropathiques, cf. Laignel Lavastine et P. Courbon, Prophylaxie et traitement de l'insincérité chez les accidentés de la guerre, *Paris médical*, 17 nov. 1917.

lade par l'éclat des étincelles, le bruit des décharges, ... l'étalage des appareils, ... par la douleur physique toujours très supportable qu'il éprouve ; 2° on provoque par l'excitation électrique sous forme de mouvement ou de cri une réaction automatique dans la fonction que le malade croyait perdue... 3° On ajoute des stimulants énergiques et continus de l'effort qu'on veut obtenir[1]. »

Il n'y a pas lieu, à mon avis, de discuter indéfiniment à propos de la moralité de ces traitements, comme on l'a fait trop souvent, même à la tribune de la Chambre des députés. On reconnaît bien au médecin le droit d'appliquer des pointes de feu, de faire même une opération chirurgicale sans anesthésie quand les circonstances l'exigent, pourquoi ergoter sur le droit d'infliger une secousse électrique même pénible pour épargner au malade une infirmité prolongée et dégradante. Ce sont là des discussions puériles, analogues à celles qui ont été faites à propos de la dignité de la suggestion. La question n'est pas là : il s'agit seulement d'apprécier ces traitements au point de vue médical, de peser leurs inconvénients et leurs avantages.

Ces traitements par la douleur ne sont pas dangereux au point de vue physique, mais ils peuvent facilement devenir dangereux au point de vue moral. On sait qu'il est mauvais d'infliger trop vite à des enfants des punitions trop graves, car, si elles échouent, on ne peut plus les recommencer ni les augmenter. Si l'excitation par la douleur échoue, il sera difficile d'augmenter encore la douleur sans nuire au sujet ; il sera difficile de dépasser par quelque autre procédé cette excitation brutale et le médecin se trouvera vite désarmé. En outre il ne faut pas oublier que la douleur et la peur ne sont excitantes qu'à leur premier degré et dans des conditions particulières, et qu'elles arrivent rapidement à leur effet le plus ordinaire qui est la dépression et l'épuisement. Or l'épuisement constitue le grand danger des traitements par l'excitation, comme on le verra de plus en plus. Il me semble probable que bien des sujets traités de cette manière doivent retomber à la suite dans des dépressions diverses, qui, peut-être avec d'autres symptômes, prolongeront la maladie. Il y a donc là un traitement efficace sans doute mais délicat, qui ne doit, bien entendu, être appliqué que par le médecin lui-même et dont il

1. G. Dumas, *op. cit.*, p. 160.

faut beaucoup surveiller les effets. Pendant la guerre, quand il était nécessaire d'aller vite et de traiter rapidement un grand nombre de malades, le traitement par la douleur a rendu de grands services et cette « psychothérapie intensive » a permis de récupérer beaucoup de bons soldats. Dans des périodes plus calmes il ne sera pas nécessaire d'y recourir aussi souvent. Les autres influences permettent d'obtenir des actes et des efforts, peut-être moins grands au début, mais qui par leur succès augmenteront graduellement l'excitation.

Sous ces diverses influences le malade commence l'action, il est très disposé à s'arrêter aux premiers stades, au désir, à l'idée vague de l'action future. Quelques auteurs américains qui se rattachent à l'école du « mind cure[1] » semblent croire qu'il y a intérêt à laisser les actes incomplets, à les arrêter à une phase de début de leur évolution, à la phase du désir : « Il faut avoir des désirs et ne pas aller au delà ; après chaque répression d'un désir, on observe une sensation de plénitude et de puissance ; en résistant à la force du désir, vous la capturez et vous faites ensuite usage de cette force comme bon vous semble. » Cette remarque ne me semble pas d'accord avec les observations précédentes où nous voyons au contraire que les malades sont améliorés parce qu'ils cèdent complètement à leur désir de vol ou de débauche. En réalité les déprimés ne répriment que trop leurs désirs, ils semblent toujours les arrêter par des inhibitions et cet arrêt donne naissance non à des économies de forces, mais à des dérivations fort coûteuses. Si la remarque précédente est quelquefois juste c'est qu'alors la répression du désir n'a été qu'une partie d'un acte supérieur, exécution d'une décision d'abstinence, mortification morale ou religieuse, qui lui s'accomplit complètement et c'est parce que cet autre acte ici plus important s'accomplit complètement qu'il y a augmentation des forces et excitation.

Si j'essaye de résumer ici mes propres observations et mes essais thérapeutiques, je dirai que pour obtenir une excitation du sujet il faut d'abord obtenir que l'acte soit réellement terminé d'une façon matérielle de manière qu'une modification nette des objets ou de la situation soit apparente. Cela est déjà diffi-

1. Cf. Turnbull, *Cours de magnétisme personnel*

cile, car il s'agit de malades qui ne terminent pas et qui s'arrêtent dans leur action avant d'avoir obtenu une conclusion apparente. On vient de voir que dans les traitements électriques il faut obtenir non seulement que le malade se redresse, mais qu'il marche et qu'il courre réellement. Reprenons à ce propos l'observation des malades dont nous venons de parler. Zoé. doit non seulement arriver à une résolution à propos du mariage qu'on lui propose, mais il faut qu'elle effectue réellement des démarches qui ont été difficiles et importantes. Les actes génitaux doivent aboutir à des résultats matériels et rien ne transforme autant ces maris obsédés par l'idée de l'impuissance que les débuts d'une grossesse chez leur femme. Les timides, les phobiques sociaux doivent réellement rester dans le salon, dire quelques mots, assister à une cérémonie, à un dîner, soutenir une discussion, accomplir un voyage, séjourner dans une autre ville, etc... Pour ne rappeler qu'un exemple, Newy., qui n'a pas encore « réalisé » le mariage, la vie en commun avec le mari, doit arriver à faire des actes concrets et réels dans son ménage; j'ai décrit en particulier le changement qui s'est opéré en elle quand elle a réussi à organiser chez elle un petit dîner pour quelques amis. Les actes professionnels abandonnés doivent être recommencés : le pharmacien, dont on a vu les scrupules et les phobies, doit exécuter quelques ordonnances. Quand on essaye de faire parler ces malades, de leur faire expliquer ce qui les tourmente, il ne faut pas se contenter de quelques mots vagues et leur épargner toute peine en les devinant trop vite, il faut obtenir qu'ils s'expriment complètement et clairement. Quand on les pousse à écrire une lettre, il faut que la lettre soit finie, signée, mise sous enveloppe, jetée à la poste, car on n'obtient aucun résultat si on les laisse s'arrêter au brouillon de la lettre. Dans les lectures, les études, il faut autant que possible arriver à des résultats tangibles, à des travaux réellement rédigés et quand il s'agit d'individus qui en sont capables, à des examens passés avec succès.

Le succès en effet est un élément essentiel de ce traitement par l'action. J'ai été amusé de voir dans un de ces petits livres américains sur le « mind cure » des remarques sur l'importance morale « des actes qui rapportent de l'argent[1] ». J'avais autrefois raconté comment pour faire travailler Jean je lui avais fait faire

1. Will Walker Atkinson, *La force-pensée.*

un petit compte rendu dans une revue et le lui avais payé un prix excessif, bien entendu : ce bénéfice de son travail avait produit sur lui un effet extraordinaire. Il est important que le pharmacien qui se remet à préparer des médicaments en touche le prix, qu'une domestique qui vient d'être renvoyée de sa place, qui est devenue honteuse d'elle-même, incapable de tout et qui répète : « je suis un animal extraordinaire, un tigre blanc, » retrouve une place où elle gagne quelque argent et constate qu'elle peut fort bien réussir. Dans d'autres cas le succès social sera caractérisé par l'attitude des témoins, par leurs félicitations, par les réponses envoyées aux lettres, par toutes sortes de preuves tangibles.

Une difficulté se présente ici : le succès est très utile au malade, le moindre insuccès a sur lui un effet désastreux. De là une tentation inévitable pour le médecin, celle de favoriser et d'exagérer les succes et celle de dissimuler les insuccès. Cela est légitime dans une certaine mesure et ces personnes qui ont besoin d'éloges les acceptent avec satisfaction même quand ils sentent une exagération dont ils ne veulent pas apprécier le degré. Mais dans d'autres cas il faut se méfier des susceptibilités du malade, surtout quand il s'agit de scrupuleux et de douteurs : ils sont capables de deviner qu'on les trompe au moins en partie, d'exagérer la part de fausseté et de ne plus croire même à des succès réels. Il faut alors autant que possible éviter de les tromper et d'ailleurs la tromperie est le plus souvent inutile. Le médecin doit prendre des précautions pour éviter au sujet des insuccès évidents : il faut qu'il se méfie de ces faibles qui « partent pour la gloire », qui entreprennent à tort et à travers une foule d'actions qu'ils sont bien incapables d'achever ou même de continuer quelque temps. Il faut choisir pour le malade un acte au rapport avec ses forces et n'engager son honneur que dans des actions dont il est réellement capable. Ensuite il faut limiter l'éloge assez exactement : il y a toujours dans une action accomplie par un psychasténique dans ces conditions une partie intéressante, supérieure aux conduites précédentes du malade et il suffit de lui faire apprécier le progrès réel.

Il est plus difficile de constater la perfection psychologique de l'acte lui-même et il faut malheureusement l'inférer des sentiments que le sujet exprime à ce propos. C'est pourquoi il faut d'abord obtenir que l'acte soit accompli avec conscience et que

le sujet se rende compte de ce qu'il fait. Cela exclut de ce genre de traitement l'action automatique que l'on doit rechercher au contraire quand on se propose un autre but, quand on veut se servir de la suggestion. Il faut ici se méfier des actes à demi-automatiques que les sujets ne font que trop facilement, en particulier quand ils répètent indéfiniment la même chose. Pour certaines personnes les exercices de couture, de broderie, de piano même sont à éviter au moins quand on recherche l'excitation par l'action. Au lieu de laisser le sujet se distraire de l'acte qu'on lui demande, comme on le fait quand on cherche à obtenir des suggestions, il faut constamment le pousser à donner à l'acte toute son attention et à décrire ce qu'il sent en l'exécutant.

On doit alors encourager le malade à agir avec énergie jusqu'à ce que l'on voie disparaître les sentiments d'incomplétude qui d'ordinaire accompagnent ses actions et que l'on voie apparaître à leur place les sentiments opposés. Ces malades sont perpétuellement dans le vague et ils ont l'habitude d'agir sans se rendre compte avec précision de ce qu'ils font : Agathe, f. 30, est en train d'écrire une lettre à sa mère : « je sais bien que j'écris me dit-elle, mais c'est tellement vague, je ne sais pas à qui j'écris, ni à quel propos, je ne sais pas si j'écris à un fournisseur ou si je suis critique dans un journal. » Il faut obtenir qu'elle prenne l'attitude d'une jeune fille qui écrit à sa mère, ce qui n'est pas la même attitude que celle d'un journaliste qui écrit un article et qu'elle s'en rende compte. Lydia sait bien qu'elle voit tout dans le vague « même en appuyant pour voir », qu'elle comprend à moitié ce qu'on lui dit et encore moins ce qu'elle lit. Il faut qu'elle cesse de lire ou qu'elle arrive au moins pour une brève lecture au sentiment de comprendre et de croire ce qu'elle lit, ce qui d'ailleurs, quand elle y réussit, lui cause un grand plaisir. Il faut de même que le sentiment de rêve et de comédie cède la place au sentiment de réalité, ce qui n'est pas toujours aussi difficile qu'on le croit. Les malades savent très bien apprécier la différence entre l'apparence d'une décision et une décision véritable et reconnaissent que c'est souvent par paresse qu'ils s'arrêtent au sentiment de comédie.

L'un des sentiments les plus intéressants qui apparaissent au cours de l'action est le sentiment d'unité que les malades abandonnés à eux-mêmes éprouvent rarement car ils se sentent toujours divisés même en agissant : « c'est comme s'il y avait en eux

deux personnes qui font des actions différentes ». Cette division de leur esprit se marque souvent dans leur attitude qui est double : ils rient et ils pleurent, ils ont un sourire sur une partie de la figure et une expression de mécontentement sur une autre. Cette division de l'esprit se manifeste aussi par des pensées singulières qu'ils expriment au moment de l'action et que nous avons déjà notés plusieurs fois sous le nom de désirs refoulés, de désirs monstrueux, de désirs sacrilèges : il s'agit là d'un arrêt à un stade particulier de la délibération, au stade de l'opposition et du refoulement. L'apparition de ces troubles à propos d'un acte que l'on demande au sujet montre que l'acte n'est pas parvenu à un degré de tension suffisant et qu'il faut pousser le sujet à aller audelà.

Un autre caractère très important de l'acte complet qu'il faut chercher à obtenir, quoique ce soit souvent fort difficile, c'est le plaisir. Il y a des actes où le plaisir est très caractéristique : l'acte génital, par exemple, sans plaisir est visiblement insuffisant et on voit le plaisir réapparaître quand la tension psychologique du malade remonte. L'évolution de la maladie de Pya. est vraiment bien instructive à cet égard. Cet homme de 40 ans atteint d'impuissance fonctionnelle dans les conditions que j'ai indiquées précédemment avait renoncé à toute tentative de coït pendant six mois. Quand il recommença des essais, il arriva d'abord à des éjaculations, puis à des érections sans aucun sentiment, puis à des satisfactions qu'il appelait « uniquement physiques, sans s'intéresser à la conquête de la femme comme auparavant ». Puis le désir réapparut, puis la curiosité spéciale et l'intérêt aux conduites galantes qui avaient autrefois rempli sa vie : cette évolution ascendante de l'acte sexuel se fit chez ce malade en trois mois.

Il est plus intéressant de constater cette satisfaction de l'acte dans d'autres actions où par suite de l'indifférence née de l'habitude nous ne la constatons pas d'ordinaire. Ub., h. 44, au cours de son éducation urinaire apprend, comme nous l'avons vu, a écarter les mictions, à les faire plus nettement et plus correctement et il arrive d'abord à ne plus souffrir à ce propos. Il nous étonne beaucoup quand il vient nous dire qu'il a éprouvé subitement un grand changement, que de temps en temps il arrive à uriner avec un grand plaisir et qu'il se rend compte maintenant que dans ses précédentes mictions qui paraissaient correctes il

lui manquait encore quelque chose de très important, ce plaisir qui vient de reapparaître. Cette évolution est très caractéristique et je l'ai constatée dans la plupart des actes. Quand un acte se restaure et qu'il monte, on voit toujours réapparaître à un certain moment sous une forme ou sous une autre une satisfaction, une joie, qui donne de l'intérêt à l'acte et qui remplace les sentiments d'inutilité, de ridicule, de blague qui existaient précédemment. Beaucoup de déprimés qui sentent la disparition de cet intérêt de l'acte essayent de l'expliquer par une interprétation fausse. Une femme de 57 ans qui vient de perdre ses deux filles s'occupe encore en apparence correctement de sa maison, mais sans aucun intérêt : « c'est bien naturel, dit-elle, puisque c'est une maison nouvelle que mes filles n'ont pas connue ». Une jeune fille qui était très musicienne joue encore du piano mais sans aucun plaisir : « je prends des précautions, dit-elle, pour ne pas m'emballer, pour ne pas m'intéresser à ce que je joue, parce que ce serait offenser Dieu que de prendre un plaisir profane. » Nous savons maintenant ce que cela veut dire et comment ces personnes renversent les termes. Elles ne seront guéries et débarrassées de leurs obsessions que lorsqu'elles auront retrouvé le plaisir de l'action.

Enfin il est un sentiment qui disparaît très facilement dans les dépressions de l'activité, c'est le sentiment de liberté. De nombreux malades viennent nous dire que depuis quelque temps ils agissent correctement en apparence, mais avec le sentiment d'être des machines, sans spontanéité et sans liberté. Il ne faut pas toujours accuser ces malades de délire et en faire des paranoiaques disposés à la persécution ; les délires viendront peut-être plus tard, mais ils n'existent pas encore et nous sommes seulement en présence d'un certain abaissement de l'action contre lequel il faut lutter dès le début. Ces quelques exemples suffisent pour montrer qu'il y a une perfection psychologique de l'acte à côté de sa perfection extérieure et quand on essaye de restaurer la tension psychologique d'un malade par son action, c'est avant tout cette perfection des sentiments intérieurs qu'il faut chercher à obtenir.

Pendant tout ce travail il faut perpétuellement surveiller la dépense des forces et la réduire autant que possible. Une des grandes difficultés que l'on rencontre quand on essaye de provo-

quer artificiellement un degré d'activation plus grand des tendances est constituée par les phénomènes que j'ai décrits sous le nom de phénomènes de dérivation. Dès que ces malades essayent d'agir avec une tension plus grande, ils présentent à côté et à la place de l'acte qu'on leur demande une foule d'agitations motrices, émotionnelles, intellectuelles. Quand les troubles sont simples, ils se secouent, se remuent sur leur chaise, se lèvent, vont et viennent dans la pièce, ils ont des tics variés ou des besoins de bâiller, d'uriner, etc.[1]. Dans les formes plus graves, ils crient, frappent les meubles, essayent de battre les assistants : Ae., quand il fait effort pour s'approcher de sa femme, la pince et la bat. Jf., f. 30, quand elle essaye d'agir avec attention, se met à déchirer tous les papiers et toutes les étoffes à sa portée ; détail singulier, elle attribue ensuite ces violences qu'elle regrette à de fâcheuses influences qui se sont exercées sur elle et ces dérivations deviennent le point de départ d'un délire de persécution. Les dérivations émotionnelles se présentent sous la forme de rires, de pleurs, de colères, de peurs, d'angoisses variées, qui peuvent prendre la forme de phobies plus ou moins systématisées. Les dérivations intellectuelles donnent naissance à des bavardages interminables, à une foule de pensées plus ou moins compliquées sur le caractère à la fois inutile et extraordinaire de ce qu'on leur demande, sur les préférences qu'ils auraient pour tout autre travail, car ils préfèrent toujours ce qu'ils n'ont pas à faire, sur leurs facultés et leurs défaillances, sur les efforts merveilleux qu'ils ont faits autrefois et qu'ils feront dans l'avenir, mais surtout sur les difficultés insurmontables de l'action présente. « On ne peut pas se mettre au travail sans résoudre certaines questions préalables : Faut-il se mettre au travail brusquement ou progressivement ? Après délibération ou en obéissant passivement à la première impulsion ? Avec précaution ou sans regarder autour de soi ? Ne faut-il pas résoudre tous ces problèmes avant de commencer une lecture de quelques lignes ? » Dans les formes anciennes et déjà systématisées de la maladie c'est à ce moment qu'interviennent toutes les manies mentales de la recherche et de la perfection, toutes les obsessions de scrupule, de crime, de sacrilège : « C'est quand j'essaye de faire ce que vous me dites que le diable vient

1. *Obsessions et psychasténie*, I, p. 716.

toujours s'en mêler... C'est quand je veux faire l'effort que vous me demandez que je suis tentée de faire le mal avec une petite bonne qui me dégoûte ou avec un grand chien... » Toutes ces agitations sont évidemment très fâcheuses : elles interrompent l'action commencée et obligent à des recommencements perpétuels. Elles dépensent les forces du malade sans aucune utilité et le fatiguent ; elles lui fournissent des prétextes pour refuser de continuer les efforts et pour remettre indéfiniment l'acte à plus tard.

Il est évident qu'il faut dans la mesure du possible lutter contre ces dérivations épuisantes en même temps que l'on pousse à l'exécution de l'acte : une excitation et une éducation du pouvoir d'inhibition jouent un rôle dans tout traitement de ce genre. Il faut arrêter les tics, les mouvements inutiles, empêcher le malade de se lever sans cesse, suspendre de temps en temps les bavardages, les récriminations, les déclamations, les colères, rassurer le malade angoissé, diminuer ses peurs par tous les moyens, arrêter les obsessions par quelques mots rapides qui résument et rappellent des discussions antérieures.

Il me semble cependant qu'il ne faut pas attacher à cette lutte contre l'agitation une trop grande importance. Le malade déprimé dont l'acte est imparfait s'agite dès qu'il essaye d'agir avec une tension plus grande. La conservation complète du calme prouverait l'absence complète d'efforts et l'inertie, elle aurait plutôt une mauvaise signification. Émile, ce jeune homme dont j'ai décrit les grandes phobies sociales, essaye sous ma direction d'entrer dans un magasin et d'acheter un petit objet : il a une démarche raide, il serre les poings et contracte sa figure, il est couvert de sueur et a une voix rauque très étrange. On dirait qu'il a besoin de se mettre au comble de la fureur pour arriver au niveau de cet acte. Mais toutes ces agitations sont le signe de son effort qui nous paraît disproportionné avec l'acte parce que nous ne nous rendons pas compte de la difficulté de l'acte pour le malade. Il est impossible de les supprimer tout de suite sans renoncer totalement à l'acte lui-même, du moins à l'acte conscient dont nous avons besoin. Il faut bien savoir que le véritable remède à ces dérivations sera le succès de l'action elle-même. On voit la fureur d'Émile diminuer dans les expériences successives à mesure qu'il réussit mieux à accomplir complètement l'acte. Il en est de même des angoisses et des

ruminations qui diminuent quand l'acte est plus complet. Aussi tout en arrêtant dans la mesure du possible les agitations pour que l'effort du sujet ne se disperse pas entièrement d'une manière inutile, il faut les tolérer en partie.

Un signe intéressant nous montre combien ce travail ainsi fait est difficile, c'est la fatigue qu'il détermine : « C'est singulier, dit Lydia, moi qui peux sans m'en apercevoir parler indéfiniment à tort et à travers sur mon idée fixe de beauté, je ne peux pas y faire attention avec vous sans me sentir vite épuisée : je suis aussi fatiguée que si j'avais longtemps causé en anglais avec des étrangers. » Cette fatigue apparaît vite dans toutes les expériences de ce genre, quel que soit l'acte que l'on cherche à faire faire d'une manière plus complète. Sans doute il y a chez certains malades une obsession et une phobie de la fatigue qui peut réapparaître à ce moment et qui constitue une sorte de dérivation analogue aux précédentes, dont il ne faut pas tenir grand compte ; mais je suis convaincu qu'il y a chez la plupart de ceux qui se transforment réellement un épuisement véritable.

Pour arrêter tout le travail avant que l'épuisement ne devienne dangereux, il est très important d'en noter les signes avant-coureurs. On peut quelquefois se guider d'après des modifications objectives, d'après ces petits signes de la fatigue dont parlait si bien Galton. Des malades se couvrent de sueurs ; chez d'autres la circulation se modifie, le cœur bat plus rapidement, ou se ralentit, ou même devient intermittent, la figure, le front, les oreilles rougissent ou pâlissent. Lydia se plaint de chocs dans la tête dont elle est étourdie, At. sent ses pincements dans les tempes dont il a si grand peur, plusieurs comme Irène ont de véritables syncopes.

Il faut surtout bien connaître les modifications psychologiques qui indiquent la détente par épuisement et qui sont propres au sujet que l'on a sous les yeux. Chez les uns on note une difficulté plus grande de l'attention : « mes pensées deviennent plus courtes, je ne peux plus réunir des idées qui se suivent tout devient de nouveau emmêlé..., j'ai de nouveau une vrille dans la tête. » Le symptôme du « papillottement des idées » dont j'ai déjà souvent parlé est un bon signe de cette fatigue réelle. Chez d'autres il faut remarquer l'augmentation de tous les automatismes, l'apparition plus fréquente des tics, des manies mentales particulières au sujet. Chez beaucoup le sentiment de vide dans

la tête, une tristesse toute particulière, tous les sentiments variés de l'incomplétude et de l'irréel sont les signes les plus caractéristiques. C'est à ce moment qu'il faut arrêter la séance, même si les résultats ont été incomplets et qu'il faut bien s'assurer que le sujet ne continue pas indéfiniment ses efforts dans une sorte d'accrochage.

Ces troubles de la fatigue ne disparaissent pas tout de suite : chez plusieurs ils persistent plusieurs jours après la séance. Lise remarque toujours qu'il lui faut faire une grande dépense de forces pour faire quelques progrès et que cela la rend malade pendant plusieurs jours. Je remarquais autrefois à propos du traitement de Lise que cette vie plus active qui supprimait les obsessions était cependant pénible pour la malade à cause de la fatigue qu'elle déterminait : « Cette guérison est horriblement fatigante, rien n'est si pénible que de se maintenir ainsi perpétuellement tendue[1], » elle est, disions-nous, dans la situation où nous sommes quand nous préparons un examen difficile et il est pénible de se maintenir aussi longtemps au-dessus de sa tension habituelle. Dans ces périodes elle digère moins bien et elle maigrit, elle a besoin de retomber obsédée pour se reposer. Il en est de même de Le., h. 41, timide et agoraphobe qui fait rapidement de remarquables progrès mais dont je suis obligé d'arrêter les efforts de temps en temps parce qu'il est pris d'entérite et maigrit beaucoup. Il en est de même pour Émile dont on doit également arrêter les efforts pendant quelque temps.

Cette fatigue en effet, quand elle devient grave, limite l'usage de cette médication par l'excitation. Quand elle survient trop rapidement et se prolonge trop longtemps, elle peut le rendre même impossible et nous forcer à revenir au moins pendant quelque temps au traitement par le repos et l'économie des forces : le plus souvent elle réclame seulement quelques précautions. On diminue la fatigue quand on peut réduire les agitations inutiles ; on la diminue également quand on peut varier les exercices et éviter un effort trop régulier. Il faut se défier des emballements de certains sujets qui dans l'espoir de guérir plus vite s'épuisent dans des efforts trop prolongés et qui retombent ensuite plus bas. Il ne faut leur permettre que des travaux d'assez courte durée et quand on dirige soi-même les séances éviter de les laisser durer trop longtemps.

1. *Obsessions et psychasténie*, I, p. 533.

Une dernière remarque est particulièrement utile : elle se rattache à la fois aux précautions pour éviter l'épuisement et aux procédés pour obtenir l'acte complet. Il faut avant tout bien tenir compte de la lenteur avec laquelle s'effectuent les actes de haute tension chez les malades déprimés. La lenteur des actions et la lenteur des progrès est un caractère fondamental de tous les névropathes, il ne faut jamais l'oublier quand on prétend obtenir ces actions et ces progrès. Ce sont des esprits lents, qui agissent lentement, qui comprennent lentement, qui s'adaptent lentement. Je ne puis donner que quelques exemples, car les traits démonstratifs seraient innombrables : Aj. « peut faire son petit ménage tout comme une autre, mais elle met cinq heures à faire ce qu'une autre ferait en une demi-heure ». Paul, h. 30, peut en réalité voyager, mais il faut qu'il se prépare lentement à l'idée du voyage, que pendant un mois il aille tous les jours voir la gare, puis qu'il se familiarise avec l'aspect du train, qu'il le regarde sans y monter : avec du temps il arrivera à partir. C'est par accident que Zoé. est devenue incapable de prendre une décision pour ses fiançailles, d'ordinaire elle arrive à se décider quand on lui laisse assez de temps devant elle. Irène a besoin de voir une personne pendant des années pour se laisser aller à un sentiment d'affection. Anna réclame des heures pour comprendre une lettre qu'elle vient de recevoir. Il leur faut des mois, même des années, pour s'habituer à une situation, c'est-à-dire pour s'y adapter, pour faire les actes utiles et pour acquérir définitivement la tendance à faire ces actes. Il faut deux ans à Wkx. pour « se retrouver dans son nouvel appartement », comme il a fallu quatorze ans à Ka. « pour s'habituer à sa femme » ; il est vrai qu'ensuite Wkx. trouve son appartement admirable et que Ka. ne peut plus s'écarter des jupons de sa femme un seul moment. Nf., h. 39, « peut parfaitement remplir tous les emplois, se rendre utile dans toutes les situations, mais à la condition qu'on le laisse longtemps dans cet emploi, que cette situation se prolonge là même excessivement longtemps ». Uk., qui vient d'acheter une maison de commerce, commence par être bouleversé et très agité, il est envahi par tous les sentiments d'incapacité, par toutes les obsessions de scrupule et de ruine et même par des idées de suicide : « il sait qu'il travaillera très bien dans cette maison qu'il a toujours désirée, mais il lui faut du temps pour développer en lui l'amour de cette maison, pour

se mettre au travail, c'est parce qu'il faut commencer tout de suite qu'il est si détraqué... » — « Il faut, dit Bfa., h. 27, que je m'habitue très graduellement à quelqu'un ou à quelque chose. Personne ne soupçonne combien ce temps est long pour moi et c'est de là que viennent tous mes troubles et tous les malentendus. »

Ces derniers malades ont parfaitement raison : les autres personnes ne se rendent pas compte des raisons profondes de cette lenteur et cherchent à les presser, à les bousculer, ce qui leur supprime toute action et les empêche d'arriver à rien. Les malades se plaignent toujours qu'on les presse, qu'on les attend : « On ne peut pas vivre, il faut toujours se dépêcher... Il me semble que ce n'est pas convenable de regarder si vite, d'aller si vite... on n'a pas le temps de s'installer... on me bouscule, je n'ai pas le temps de voir de quoi il s'agit... » Zoé. nous dit très bien : « Rien que de me presser me rend peureuse et incapable de prendre la moindre décision, il ne faut pas qu'on m'attende, si j'essaye d'aller plus vite, rien ne me réussit. » Il en est de même pour tous, c'est quand les circonstances les pressent que commencent à la place de l'acte les hésitations, les résistances et les affolements.

On pourrait éprouver ici quelque embarras en se souvenant de certaines particularités de la conduite de ces personnes. On les voit quelquefois agir rapidement, plus rapidement même que les autres : Irène qui d'ordinaire hésite et tergiverse pendant des semaines pour accepter la plus petite sortie, entreprend brusquement un grand voyage dès qu'elle reçoit une lettre, au fond peu significative et n'a le temps de prévenir personne. Oda., f. 40, grande scrupuleuse et douteuse, « de temps en temps part pour la gloire », comme dit son mari, c'est-à-dire qu'elle se précipite sans réfléchir dans des entreprises compliquées et trop difficiles pour elle. Nous venons d'observer nous-mêmes que pour obtenir quelque chose de ces malades il est bon de ne pas les prévenir et de les prendre par surprise. N'y a-t-il pas dans ces faits une contradiction avec ce que nous venons de dire ? Anna le remarque elle-même : « C'est étonnant, j'ai besoin d'un temps énorme pour faire quelque chose et cependant on arrive mieux à me faire agir si on me pousse d'un coup sans me laisser le moins du monde réfléchir ». La contradiction cependant est plus apparente que réelle, car il s'agit d'actes très différents les uns des autres. Ces

dernières actions rapides sont des actions plus ou moins automatiques sans aucun des caractères de l'acte complet. Elles sont souvent fort dangereuses pour les malades : le voyage d'Irène qui ressemble fort à une fugue hystérique, les impulsions de Oda., sont le point de départ de troubles et d'obsessions. Dans les autres cas ces actions sont insignifiantes et n'apportent aux malades aucun bénéfice. Les premières actions au contraire, si lentes, sont des actes complets avec tous les caractères du dernier degré de l'activation des tendances. Celles-là seules peuvent être le point de départ des excitations utiles, mais elles sont beaucoup plus difficiles à obtenir et ne peuvent être réalisées qu'après un long travail. Ce sont ces actions importantes qui sont troublées et qui deviennent impossibles si le sujet est pressé et ne dispose pas du temps qui lui est nécessaire.

S'il en est ainsi, on comprend pourquoi ces malades réussissent si rarement à faire seuls une action correcte et complète, quoiqu'ils aient conservé le pouvoir de la faire. Le changement rapide des circonstances et surtout le rythme de la vie sociale imposé par la vitesse beaucoup plus grande des autres personnes ne leur laisse que bien rarement le temps suffisant. Au début, ils sont toujours en retard : jamais ils ne sont prêts en même temps que les autres, jamais ils ne sont à l'heure et on les gourmande incessamment sur leur prétendue paresse. Bientôt, quand la maladie est plus sérieuse, ils ne sont plus du tout en mesure avec les événements de la vie. Quand ils sont prêts à commencer une action la roue a tourné, d'autres circonstances et d'autres personnes leur en demandent une autre et les arrêtent en se moquant d'eux quand ils parlent de la première. « Les gens viennent me faire une visite, ils restent une heure près de moi et me trouvent maussade ; ils s'en vont quand je commence à m'apercevoir qu'ils sont là et à les aimer. »

Cette lenteur des actes jointe au changement des circonstances complique encore l'action d'une autre manière bien plus grave. Elle impose au sujet, quand il désire malgré tout arriver à la réalisation complète de l'acte, un énorme travail supplémentaire. Comme l'acte en retard n'est plus éveillé par les circonstances présentes, il faut pour que la préparation continue que l'idée de cet acte persiste cependant dans l'esprit pendant un temps fort long. Il faut que le sujet conserve lui-même la tendance dans un état de légère activation pendant un temps considérable. C'est

ce qui constitue précisément une action particulière, l'action de l'attente qui doit s'ajouter à tous les actes des malades. Or, l'attente est une action toujours pénible, qui pour eux est fort difficile et fort coûteuse : « l'attente est ce qui me fatigue le plus, je voudrais tellement que tout soit fini tout de suite, je voudrais tellement arriver tout de suite au parfait bonheur avec le sentiment que c'est pour la vie... je voudrais tout faire à la fois et que ce soit fini tout d'un coup et c'est précisément ce que je ne peux pas faire. » Cette difficulté de l'attente qui vient s'ajouter à tous leurs actes complets rend de plus en plus difficile la lente préparation des actes qui leur est indispensable. Quelques-uns se précipitent, comme on vient de le voir, dans l'acte automatique et incomplet qui leur est si préjudiciable et laissent l'acte s'exécuter malgré une tension insuffisante. Les plus nombreux abandonnent la lutte : ils renoncent de plus en plus à l'exécution des actes complets et même à l'exécution d'actes quelconques, et quand une tendance est éveillée et même parvient aux premiers degrés du désir, ils ne cherchent pas à aller plus loin, ils la laissent se détendre et rentrer dans l'état de latence sans chercher à la pousser plus loin par un effort qu'ils savent inutile.

Cette détente de la tendance éveillée, cet abandon de l'acte à peine commencé sont des phénomènes très importants qui, plus tard quand la science de la psychiatrie existera, joueront un rôle essentiel dans le diagnostic du degré de la maladie. Pour le moment ces phénomènes imposent une conduite particulière au médecin qui veut obtenir dans ces conditions un acte complet. Il doit justement lutter contre ces circonstances défavorables qui arrêtent l'excitation lente de la tendance, qui nécessitent de la part du sujet un effort supplémentaire d'attente ou qui amènent l'abandon de l'acte. D'abord il doit autant que possible maintenir autour du sujet une situation invariable de manière que les circonstances réclament toujours pendant longtemps le même acte, ensuite par son attitude et ses paroles il doit constamment continuer à éveiller dans l'esprit du sujet la même tendance, éviter la dispersion des efforts, maintenir la concentration sur le même point, empêcher l'oubli de l'idée excitante et l'abandon de l'acte. Son travail consiste donc, comme je le disais, à maintenir l'idée de l'acte devant l'esprit tout le temps nécessaire pour l'évolution complète de la tendance. Il rend l'acte possible mal-

gré la lenteur de l'activation, il permet au sujet d'arriver à des actes complets en le plaçant dans une situation artificielle dans laquelle il se trouve « en mesure », tandis qu'il ne pouvait plus agir dans le milieu trop rapide de la vie normale.

On peut, pour expliquer mieux ce travail, insister sur un exemple simple : considérons des malades dont l'esprit est accroché à une difficulté intellectuelle. Lise est depuis des années en face de son fameux problème de l'expiation pour l'âme de son oncle ou de la transmission de la responsabilité dans l'autre monde à l'âme de ses enfants. Lydia depuis douze ans est accrochée au problème de la perte de sa beauté. Elles prétendent qu'elles pensent constamment à ces questions, qu'elles travaillent sans cesse à les résoudre sans arriver à une solution quelconque. Ce n'est pas tout à fait exact : elles commencent seulement le travail, elles font quelques efforts pour désembourber la charrette mais dévient tout de suite et chaque effort se transforme en agitations stériles. Les circonstances de la vie extérieure qui soulèvent à chaque instant d'autres problèmes, la difficulté de maintenir devant l'esprit sans excitant extérieur la même pensée font que ces femmes relâchent vite leur attention et abandonnent l'effort sans être parvenues à une solution. Puis, comme la difficulté subsiste toujours dans l'interprétation intelligente de la vie, les mêmes efforts recommencent au bout de quelques instants pour retomber de la même manière.

Le médecin les prend à part, les isole des autres personnes et des autres circonstances, il écarte constamment la pensée des autres problèmes et il force ces malades à préciser la difficulté qui arrête leur esprit. Ce sont au début des contorsions de toute espèce, des bavardages désordonnés qui déraillent sur tous les sujets possibles. Lydia, qui prétend étudier avec précision son problème de la beauté, apporte une douzaine de pages qu'elle vient d'écrire et qu'elle veut lire et commenter. Il n'est pas difficile de constater que sur ces douze pages il n'y a pas douze lignes qui se rapportent exactement à la question. Il est bon de laisser pendant quelque temps se dépenser cette agitation que l'on ne peut entièrement supprimer. Puis, quand on s'aperçoit que le sujet commence à abandonner son problème, il faut l'y ramener. Nouveau petit effort et nouvelle agitation mentale : « C'est difficile, je crois que je comprends les paroles, mais les idées n'entrent pas dans ma tête... Il me semble que je comprends et que

je crois un moment, puis tout passe... Mes idées sont comme les objets que je regarde quand j'essaye d'appuyer pour regarder, elles dansent dans le l'eau ou dans de la ouate... Il faut me répéter les mêmes phrases très longtemps, me recommencer les mêmes explications... » Le malade dans ces conditions ne travaille pas du tout de la même manière que lorsqu'il est abandonné à lui-même. Il est plus longtemps attentif et surtout plus longtemps attentif sur le même point. Il simplifie peu à peu ses questions, les douze pages se réduisent à une demi-page, il avance peu à peu dans son travail et ne recommance pas toujours au même point. Il en est de même quand il s'agit de tout autre acte que l'on veut faire exécuter : on maintient la tendance éveillée pendant longtemps, parce que ce genre d'esprit a besoin d'un temps fort long et parce qu'ils ne sont pas capables de la maintenir eux mêmes le temps nécessaire.

L'interruption des séances ne me semble pas avoir de grands inconvénients. Lydia dit elle-même « qu'elle a besoin de triturer seule et lentement ce qu'on lui a dit ». Le travail commencé semble se continuer lentement d'une manière à demi inconsciente. Les actes de l'homme, comme je l'ai dit souvent, sont analogues à des progrès, à des évolutions physiologiques : ils se font lentement, de même que se forment lentement les organes nouveaux. Quand après quelques jours d'intervalle on essaye de nouveau de fixer l'attention du malade sur le même point, on est étonné de voir qu il fait le travail plus facilement et qu'il a souvent fait des progrès.

Toutes ces indications sont malheureusement bien vagues, car il y a une part énorme de tâtonnement individuel dans ces opérations psychologiques encore si mal définies. J'ai seulement voulu montrer de quelle manière j'ai essayé de réaliser des expériences de traitement par l'excitation de l'action complète. Ces traitements avaient été indiqués vaguement dans beaucoup de travaux de psychothérapie et semblaient justifiés par l'observation de certaines guérisons spontanées à la suite d'actions particulièrement heureuses.

9. — Les résultats thérapeutiques.

Il est intéressant de se rendre compte des résultats que ces

thérapeutiques ont pu déterminer afin d'arriver à quelques conclusions sur la nature psychologique de ces phénomènes et sur l'avenir que peuvent avoir ces méthodes de l'excitation. Ces résultats sont plus difficiles à apprécier que l'on ne croit ; les modifications mentales sont mal définies, difficiles à observer et elles oscillent sous tant d'influences que l'on a de la peine à reconnaître celles qui sont en rapport avec notre intervention. Aussi je ne puis indiquer qu'une certaine impression générale en classant les observations en trois groupes, celles où l'effet thérapeutique semble insignifiant, celles où l'on observe une action intéressante mais momentanée, celles où nous croyons avoir constaté une action assez durable se prolongeant au moins une année.

Ces traitements qui mettent en jeu l'activité ne peuvent évidemment pas être appliqués à tous les cas ; nous sommes forcés de laisser de côté les malades malheureusement les plus nombreux qui semblent trop affaiblis physiquement et moralement pour qu'une dépense nouvelle assez importante ne soit pas sans dangers. Cela restreint beaucoup l'application des méthodes de ce genre. Même quand les malades nous paraissent pouvoir sans danger sérieux faire quelques tentatives, nous ne réussissons que difficilement et rarement à les faire faire dans de bonnes conditions.

Des traitements qui réclament presque toujours de grands efforts personnels sont loin de plaire à des malades qui au contraire aspirent à des traitements où ils puissent rester passifs. La plupart, imprégnés des idées vagues répandues dans le public, réclament au contraire des traitements par l'hypnotisme et la suggestion qui les transformeraient tout d'un coup sans qu'ils aient à intervenir. Chose assez curieuse, les hystériques qui sont hypnotisables et suggestibles ont souvent peur de la suggestion et la refusent. Les déprimés d'une autre espèce, douteurs, obsédés, mélancoliques, auxquels elle est fort peu applicable la réclament presque toujours avec insistance ; c'est là une conséquence de leur aboulie et de leur désir du moindre effort. Un jeune homme de 27 ans, intelligent d'ailleurs, mais timide et phobique, tourmenté par les obsessions de la honte du corps, me prie simplement de l'hypnotiser une bonne fois, puis quand il sera endormi, de lire tout haut devant lui un papier qu'il

a préparé d'avance et qui est ainsi rédigé : « Quand vous parlerez à quelqu'un, ne soyez jamais gêné, sentez que vous êtes toujours au-dessus de votre interlocuteur ; quand vous vous trouverez avec une jeune fille, vous serez inévitablement élégant, mondain, gracieux ; vos gestes s'accompliront à propos et d'une manière toute naturelle, votre conversation sera spirituelle et enjouée, vous ne ferez jamais de plaisanteries forcées et quoique vous soyez incontestablement élégant, vous vous abstiendrez soigneusement de vous en vanter ». Il suffira, pense-t-il de lui répéter cette suggestion pendant qu'il dormira pour le débarrasser de toute timidité et de toute gêne. Est-il possible d'exprimer plus naïvement le désir d'être transformé par un coup de baguette sans avoir à intervenir soi-même le moins du monde ?

Quand à la place des suggestions comme ils les entendent, on leur propose de collaborer eux-mêmes à leur traitement, ils sont épouvantés dès que l'on fait allusion à un changement de conduite. Ils sont convaincus qu'ils seront bien plus malades s'ils changent quelque chose à leur genre de vie en général très absurde, ils déclarent « qu'ils tiennent à conserver leur maladie, qu'ils ont peur de perdre leurs scrupules, de dessécher leur cœur s'ils s'occupent d'autre chose que de leurs obsessions ou de leurs regrets ». Ils inventent toutes espèces de prétextes pour dissimuler leur crainte d'avoir à faire un effort. Quoique l'on évite autant que possible de les effrayer, quoiqu'on leur dissimule les efforts qu'ils auront à faire, on ne réussit pas toujours à les mettre dans une disposition d'esprit favorable et, si l'on n'obtient guère d'effet appréciable, c'est que l'on n'a pas pu réellement faire l'essai loyal du traitement.

C'est pourquoi il ne faut pas être surpris de constater un certain nombre d'insuccès. Beaucoup de malades qui ont prétendu essayer ces efforts n'ont rien éprouvé de net et se découragent très rapidement. Lch., h. 36, douteur et phobique, mais encore assez bien portant a abandonné son métier sans raison et depuis qu'il ne fait rien tombe beaucoup plus malade. J'ai essayé à deux reprises de lui faire reprendre son travail ; le travail repris pendant de courtes périodes n'a jamais été fait complètement et a toujours été abandonné beaucoup trop vite. Il en est de même de Cq., h. 22, d'une timidité maladive, qui se laisse aller à toutes sortes de rêveries obsédantes et qui abandonne toutes les actions les unes après les autres dès qu'il y attache un

scrupule quelconque. Ce jeune homme est entouré d'une famille peu intelligente et craintive qui cède à ses moindres caprices ; il s'appuie sur elle pour abandonner rapidement tout effort et n'arrive à rien. Il ne faut pas oublier, si l'on essaye ces traitements, qu'il en est ainsi bien souvent.

La bonne volonté du malade et de son entourage ne suffit pas toujours et il y a des cas où ces exercices ne peuvent pas être continués parce qu'ils déterminent certainement de mauvais effets. Dans plusieurs cas la fatigue consécutive au travail d'excitation prend de trop grandes proportions. Sd., h. 53, connaît ces méthodes et s'en est servi instinctivement lui-même ; dans une première crise de dépression fort grave, il s'est imposé à lui-même une vie plus excitante et « il s'est guéri en faisant la noce et en travaillant beaucoup ». Dans une seconde crise survenue vingt ans plus tard, il essaye la même méthode qui ne réussit pas, détermine de l'amaigrissement et une dépression plus grande. Chez des malades dont je viens de parler, cette fatigue s'accompagne de troubles digestifs avec entérite et grand amaigrissement, ce qui oblige à supprimer ces exercices, au moins à les supendre pendant un certain temps. A deux reprises j'ai dû renoncer à rapprocher de jeunes maris de leurs femmes, les efforts génitaux amenant des agitations prolongées et des délires.

Chez d'autres malades on constate un fait tout à fait analogue aux attaques et aux migraines que nous avons observées à la suite des traitements æsthésiogéniques et que nous avons considérées comme des détentes et des décharges. Vous pouvez par des exhortations et des discussions amener Clarisse à mieux comprendre la futilité de ses craintes relatives aux microbes et aux Apaches, vous pouvez obtenir qu'elle fasse plus vite sa toilette, et même qu'elle se sente rassurée, qu'elle admette la réalité de ce qui l'entoure. Mais prenez garde, après vingt-quatre heures de vie supérieure elle va avoir une grande crise d'agitation anxieuse avec mouvements convulsifs et délire de terreur que rien ne pourra arrêter et qui la remettra dans son état de phobie et de doute. C'est là le phénomène de la détente que nous venons d'étudier. Il faut toujours se préoccuper de cette détente dans les traitements par l'excitation et il faut se méfier des détentes trop rapides et trop graves qui souvent font tomber le malade plus bas qu'il n'était précédemment. Clarisse prétend, et

il est probable qu'elle a raison, qu'elle a eu dans sa vie des abaissements considérables, plus ou moins irréparables à la suite de crises de ce genre survenues quelques heures après de grands efforts imposés par le médecin. On l'avait poussée à entrer dans un grand salon malgré ses doutes et ses terreurs ; elle y parvint et se sentit même surexcitée et plus lucide pendant quelques heures, puis elle eut une crise délirante très prolongée à la suite de laquelle elle resta des années dans un état de délire psychasténique beaucoup plus grave que son état antérieur.

Cette remarque nous amène à considérer un des accidents les plus curieux qui puisse survenir à la suite des excitations par l'action complète. Je veux parler de l'apparition d'accès épileptiques au cours des efforts de tension. Le fait est évidemment rare, mais comme il est intéressant au point de vue physiologique et psychologique, il est juste d'y insister. Nous avons déjà, à propos des traitements par le repos et la simplification de la vie, insisté sur l'observation remarquable de Paul. Ce jeune homme de 34 ans est un psychasténique typique depuis sa jeunesse, aboulique et douteur, tourmenté par la phobie des femmes, la phobie des voyages et même des déplacements, obsédé par des interrogations sur la destinée humaine, sur la valeur de la vie, etc., il mène une petite vie triste, retirée et à peu près inerte. Si on essaye de secouer cette inertie, de le pousser à s'intéresser à quelque chose, à agir avec plus de conscience et plus d'énergie, il vous répond qu'il comprend très bien ces conseils, qu'il a lui-même depuis longtemps deviné l'importance de ce traitement et qu'il a essayé de l'appliquer. Il sait très bien ce qui se passe quand il s'intéresse vivement à quelque chose, quand il prend plaisir à un acte, à une sensation, quand il se laisse aller à admirer un spectacle ou un tableau. Il éprouve d'abord une agitation surtout mentale, « il est obligé d'imaginer des pensées symétriques », il retombe dans les réflexions sur la vie future, sur le droit que l'homme peut avoir d'éprouver du plaisir, etc... S'il ne fait pas trop attention à ces agitations et parvient à les dépasser, il ressent une joie intense, « une sorte d'extase délicieuse ». Jusqu'à présent ce sont là des faits que nous connaissons et qui sont caractéristiques de l'excitation des psychasténiques.

Mais malheureusement Paul ne peut s'arrêter là que peu de temps. Assez rapidement les choses ne tardent pas à se transformer ; il sent de petites douleurs dans la tête, il trouve aux objets un

aspect étrange, à la fois triste et terrible; tous les détails du spectacle deviennent significatifs, ils ont tous un rapport étroit avec lui-même et sont des signes révélateurs d'une catastrophe inouïe qui le menace. En même temps il remarque avec étonnement que ces objets et cette situation dans tous ses détails ont déjà été perçus par lui autrefois exactement de la même manière et cette remarque les rend encore plus terribles; il y a là à la fois un sentiment de déjà vu et de lugubre. Quelquefois, mais rarement Paul peut encore s'échapper à ce moment; le malaise se dissipe lentement s'il reste dans le plus grand calme sans rien regarder et autant que possible sans rien penser. Mais le plus souvent il ne se rend plus compte de ce qui arrive ensuite, car il tombe dans un grand accès épileptique. L'observation de Td., f. 24, nous présente un phénomène analogue. Elle peut, quand cela est nécessaire, faire un violent effort physique ou moral : ainsi elle se hâte et court pour arriver à temps à une gare de chemin de fer, elle triomphe de sa timidité pour faire une visite importante, elle discute avec énergie pour défendre une amie injustement accusée. Ces efforts sont suivis de succès; l'acte est parfaitement accompli et la satisfait complètement, elle a même à la suite un état de satisfaction et de tension tout à fait caractéristique. Mais inévitablement cette excitation est suivie vingt-quatre ou trente-six heures plus tard par un grand accès hystéro-épileptique, la fin de l'accès peut être qualifiée d'hystérique, mais le début est nettement épileptique.

Ces malades, Paul surtout, savent très bien ce qu'il faut faire pour éviter les accès « plus sûrement qu'en prenant du bromure », il lui faut fuir les plaisirs, les attentes, les enthousiasmes de toute nature, il ne faut jamais se permettre de rien admirer, de rien aimer, de rien faire complètement. Ses phobies des voyages, des changements, des spectacles nouveaux sont la conséquence de sa dépression et de sa terreur de tout ce qui peut l'en sortir par l'excitation. Il remarque lui-même qu'il peut avoir sans trop de danger un plaisir rapide très élémentaire, comme celui de la table ou du coït, à la condition de ne pas le préparer, de ne pas s'y complaire. C'est là un détail curieux qui confirme encore notre observation sur la différence qui existe entre les actions automatiques de basse tension et les actions complètes de haute tension. En fait les observations de Paul sur lui-même ne semblent pas complètement fausses, car après avoir eu autrefois un

grand nombre d'accès épileptiques toujours dans les conditions précédentes, il est arrivé par ces précautions à ne plus avoir un seul accès depuis plusieurs années. Dernièrement seulement par suite d'une imprudence, il s'est laissé entraîner à aller voir de plus près un aéroplane qui s'élevait du sol, il s'est laissé vivement impressionner par ce spectacle nouveau et grandiose et malgré ses efforts pour fuir au début du sentiment de déjà vu il a eu de nouveau un accès. Faut-il l'encourager à braver ce danger et à essayer de sortir de la dépression continuelle avec obsessions et phobies au risque de pareils accidents? N'est-il pas au contraire nécessaire avec de pareils malades de procéder avec la plus grande prudence?

Il résulte de ces remarques que non seulement chez les malades trop affaiblis, mais encore chez les sujets, pusillanimes, de mauvaise volonté ou que la maladie a rendus tels, chez ceux qui arrivent trop vite à des agitations ou à des épuisements dangereux, ces traitements sont peu applicables ou donnent des résultats insignifiants.

Il y a heureusement d'autres observations plus intéressantes pour permettre d'apprécier la valeur de ces traitements. Parmi les malades précédents un certain nombre se sont prêtés à l'expérience d'une manière suffisamment correcte, ils ont réussi quelquefois à accomplir les actions demandées d'une manière assez complète et j'ai pu souvent constater sur eux des modifications mentales curieuses à la suite de cette exécution. J'insiste d'abord sur les phénomènes psychologiques immédiatement consécutifs à l'expérience pendant les heures ou les journées qui suivent l'action. Ces phénomènes immédiats sont peut-être les moins importants au point de vue thérapeutique, mais ils sont intéressants au point de vue psychologique, car ils nous permettent un rapprochement avec les faits singuliers que nous a présentés l'æsthésiogénie des hystériques.

Dans mon premier travail sur les obsédés[1] j'ai déjà consacré un chapitre à l'étude des émotions excitantes pour démontrer la réalité des oscillations de la tension psychologique chez ces malades et j'ai incidemment signalé les effets thérapeutiques de certaines excitations morales. « La première visite que Claire

1. Cf. *Obsessions et psychasténie*, I, p. 538.

vient me faire à son retour, une menace, une scène violente que je lui fais ont des résultats remarquables, si je réussis à la faire pleurer, ses obsessions s'effacent pendant une huitaine de jours. » Je signalais aussi des observations analogues faites sur Lise : « il faut quelquefois la menacer de l'enfermer pour la remonter, décidément, disait-elle en constatant les bons effets de cette menace, il n'y a que la peur qui me fait marcher. » Après une lecture, une conversation, un effort, cette malade n'était plus aussi divisée, « elle n'était plus en petits morceaux » et elle gardait cette unité de l'esprit pendant plusieurs jours. Ce sont des faits de ce genre qu'il faut maintenant revoir avec plus de précision à propos des malades qui ont été soumis aux expériences précédentes.

Reprenons la série des diverses actions que nous avons essayé de faire accomplir complètement par nos malades. Nous voyons survenir l'excitation après des exercices de respiration et de déglutition, par exemple chez Sb. qui se calme, respire librement et regarde avec étonnement les coussins en se demandant comment elle a pu croire qu'elle les avait avalés. Nous observons très nettement la même transformation après les actes génitaux chez des malades qui nous décrivent leurs impressions souvent curieuses. L'enthousiasme de Ae. et sa fierté, quand il est arrivé à toucher sa femme avec un peu moins de dégoût, sont amusants. L'éducation de Pya. que j'ai racontée n'a pas seulement pour résultat de ramener en trois mois les fonctions psychologiques sexuelles à leur état primitif et de réorganiser sa vie galante, mais à chaque réussite, à chaque progrès on observe pendant un jour ou deux une transformation de tout l'esprit, la disparition des idées obsédantes et en particulier des idées de suicide, le développement de l'activité et de la mémoire et les sentiments de joie. J'ai pu réunir sur ce point les confidences de onze femmes chez qui les effets de l'excitation génitale sont parfaitement nets aussi bien sur les fonctions physiologiques que sur les fonctions mentales. Bkn., f. 24, raconte d'une manière curieuse « combien il faut d'énergie pour arriver à faire les choses un peu plus convenablement, car il lui faut traverser des contorsions, des pleurs et de grandes souffrances dans la tête ; mais après un succès elle est toute éclaircie et même n'a plus d'entérite pendant plusieurs jours ». Uf., f. 45, s'étonne de voir disparaître les idées de persécution dans les mêmes circonstances. L'excitation des phobiques

urinaires nous montre les mêmes faits et quand Vor. et surtout Ub. arrivent à uriner « correctement et avec joie » l'amélioration ne porte pas seulement sur la fonction, mais sur tout l'esprit.

Je n'insiste pas sur ces mêmes faits que l'on peut observer fréquemment dans le traitement des phobies du contact ou des phobies professionnelles : je rappelle seulement les enthousiasmes des malades qui arrivent à gagner quelque argent par leur travail et qui sont tout autres pendant plusieurs jours après un succès. Mais il faut s'arrêter un peu sur les résultats des efforts dans les actes sociaux qui sont souvent importants. J'ai déjà signalé autrefois comment Jean a été métamorphosé pendant quinze jours à la suite d'un dîner où je l'avais forcé de se rendre : j'ai depuis observé souvent le même fait. Vd., h. 30, fait remarquer lui-même que, s'il a pu faire l'effort du début, il se trouve très bien pendant toute la soirée et qu'il n'a même plus ses troubles ordinaires, ses tremblements et ses hésitations. Tous les malades que j'ai cités dans les paragraphes précédents comme des sujets auxquels j'ai imposé des efforts sociaux en ont tous retiré d'excellents résultats au moins momentanés. La transformation d'Émile après une de ces sorties si pénibles, après une de ces démarches dans les magasins qui lui coûtent tant de travail, est vraiment intéressante : ce jeune homme n'est plus le même, la maladie qui dure depuis des années semble disparue. Il n'est plus aussi embarrassé et aussi raide, ses mouvements sont devenus plus souples, il se tient mieux sans cacher sa figure avec ses mains et de temps en temps il regarde les gens en face, il mange de meilleur appétit, il ose nommer par leur petit nom les membres de sa famille, il parle d'une manière intelligible sans grossieretés et sans voix rauque ; chose extraordinaire pour lui, comme il désire parler à ses parents le soir avant de se coucher, il s'oublie jusqu'à entrer dans leur chambre à demi-déshabillé. Malheureusement la plupart des troubles réapparaissent le lendemain et il faut recommencer lentement et graduellement le même effort.

J'ai rapporté plus longuement l'observation si curieuse de Zoé. qu'il a fallu amener à sortir de l'indécision et à prendre une résolution à propos de ses fiançailles. La résolution une fois prise, cette jeune fille s'est montrée aussi énergique et adroite pour rétablir des fiançailles évidemment fort compromises qu'elle avait été hésitante et décourageante. Le changement de physio-

nomie de cette personne est véritablement surprenant : son visage qui pendant des mois était raide, froid, avec une expression désagréable, se transforme agréablement au point d'être méconnaissable, chaque fois qu'elle fait un pas vers la solution du problème. Newy que j'ai essayé d'accoutumer à son mari et à son ménage s'améliore brusquement après toute action réussie : « J'ai été bien plus calme après cet effort, dit-elle, j'ai eu pendant toute une après-midi le sentiment d'être chez moi dans cet appartement, j'étais chez moi dans la cuisine et dans la salle à manger, pas encore dans la chambre à coucher... Il y a des moments où je me croyais mariée... est-ce que je vais être comme tout le monde ? » Un soir, après avoir réussi à organiser un petit dîner pour quelques amis, elle est tout à fait chez elle, même dans la chambre à coucher ; elle réussit à aimer son mari et, ce qu'elle croyait impossible, à dormir toute une nuit auprès de lui. Il en est de même dans plusieurs observations du même genre.

Les efforts d'attention portant sur les sensations tactiles et kinesthésiques ont modifié les sentiments de dépersonnalisation d'une manière manifeste en particulier chez Wc., h. 18, qui se retrouvait après une séance en possession de lui-même pendant un jour ou deux. Les petits travaux de lecture, d'écriture, de piano ont semblé dans mes observations déterminer des modifications de la tension assez légères, car j'ai rarement noté à leur suite les sentiments d'euphorie caractéristiques, ces actions n'agissent que par répétition fréquente.

Au contraire j'ai été frappé de l'effet très excitant de la confession et de la confidence qui sont d'ailleurs considérés comme des actes très capables d'émotionner. Le cas de Kl. que j'ai signalé au début comme un type rentre dans cette catégorie : chez une douzaine d'autres malades au moins, je constate une excitation manifeste, prolongée quelquefois pendant plusieurs jours quand on a réussi à les amener à se confier, à s'exprimer eux-mêmes. L'acte inverse qui consiste à leur imposer une certaine discrétion dans leurs gémissements stéréotypés et dans leurs interrogations obsédantes a souvent un effet du même genre.

L'expression complète des émotions si rare chez ces malades qui sont renfermés à la fois par système et par impuissance a souvent un effet remarquable. Beaucoup de ces personnes sont méconnaissables, si on arrive à les faire pleurer. Après une scène

de larmes, quelquefois très difficile à provoquer, les idées obsédantes de persécution, les grands airs, les raideurs aussi bien que les doutes perpétuels et les résistances disparaissent comme par enchantement. Ces malades prennent une autre expression de visage, une autre manière de parler, de tout autres pensées et se réjouissent naïvement de se retrouver elles-mêmes. Cette excitation se prolonge souvent pendant plusieurs jours, puis elle disparaît et la maladie reprend sa forme antérieure et il faut de nouveau travailler à émotionner le malade et à lui faire exprimer ses émotions.

Comme je l'ai dit dans les études précédentes, je me suis souvent occupé de faire comprendre aux malades leurs propres obsessions, persuadé qu'une idée obsédante est souvent une idée incomplètement élaborée dans laquelle l'obscurité et le mystère jouent un grand rôle. J'ai déjà signalé comment Lise était soulagée quand elle avait compris la nature de ses rêveries sur l'expiation à propos de l'âme de son oncle et de la responsabilité future de ses enfants : je pourrais ajouter maintenant une vingtaine de cas nouveaux où l'effet de ces efforts d'attention portant sur l'obsession elle-même est identique. Quelques-uns expriment d'une manière intéressante les sentiments qu'ils éprouvent quand pendant un moment ils ont un peu mieux compris : « C'est curieux, dit Jd., f. 20, je n'ai parlé que de mes scrupules de mortification et pas des autres et cependant cela a fait disparaître toutes mes préoccupations. Moi qui avais des scrupules continuellement même en rêve, je n'en ai plus aucun et je fais des rêves agréables... Je sens une expansion de vie, un besoin d'activité que je n'avais jamais... c'est bien dommage que cela ne dure pas assez longtemps. » — « Après ce travail, dit Yd., h. 30, j'ai eu un singulier sentiment que le jour était devenu plus clair et j'ai eu l'impression de voir les choses plus nettement : je les voyais nettement en dehors de moi et je m'intéressais à elles, tandis qu'ordinairement c'est moi que je vois dans les choses et je les vois mal. » Dans les mêmes circonstances, plusieurs autres malades reviennent aussi au sentiment du réel : « C'est bon de penser comme tout le monde, de retrouver la réalité, j'en ressens comme une chaleur dans tout mon être. »

La lenteur quelquefois si curieuse de ce travail nous montre bien qu'il s'agit d'une transformation profonde. Le cas de Lydia sur lequel j'ai déjà insisté est à ce point de vue caractéristique.

Si son obsession de beauté était un phénomène purement intellectuel, la discussion et même la dissolution de cette obsession ne devrait avoir que des résultats intellectuels, lui donner simplement d'autres idées. Comment se fait-il alors qu'après un certain nombre de séances pendant lesquelles elle étudie cette idée, toute sa conduite soit modifiée. Elle s'intéresse de nouveau à sa toilette, elle consent à se montrer et à sortir, ce qui peut être considéré comme une conséquence du changement de l'idée sur sa figure. Mais elle a des mouvements plus rapides et plus précis, elle s'occupe de son appartement, elle consent de nouveau à conserver des fleurs, elle s'intéresse aux membres de sa famille « qui n'existaient plus pour elle », elle devient capable de lire et de comprendre ce qu'elle lit, de manger et même de dormir; elle éprouve au plus haut degré les sentiments d'euphorie : « Depuis que ma vrille dans la tête s'en va, je sens un bonheur bizarre, il me semble que je commence à vivre et pourtant je sais bien que j'ai quarante ans, mais depuis douze ans est-ce que je vivais réellement ? Comment cela se fait-il que le soleil me paraisse tout nouveau, il y avait pourtant du soleil dans les années précédentes ?... » Tandis que les autres malades, Lise par exemple, arrivaient assez vite à cette excitation par l'intelligence de l'obsession, mais retombaient rapidement dans la dépression en reprenant la même obsession ou une autre équivalente, Lydia est très longue avant de parvenir à cette excitation, mais elle peut rester longtemps sans retomber : l'excitation est chez elle à la fois moins rapide et plus durable.

Tous les autres travaux intellectuels, quand ils réussissent à être complets, ont les mêmes effets excitants : on pourrait le constater dans bien des observations. Mme Z. après une petite étude attentive pendant une soirée s'écriait : « J'ai eu l'impression d'être vivante, je jouissais du bien-être, cela fait des stries, des vagues dans la masse épaisse de mon cerveau. »

Ce bref résumé nous montre la fréquence d'une excitation réelle quoique souvent passagère chez les malades déprimés après l'exécution complète de certaines actions imposées expérimentalement. Cette excitation est assez fréquente quand on veut bien la constater et la provoquer. Elle existe même dans quelques-uns de ces cas que nous avons considérés au début comme négatifs. Le traitement par cette excitation, disions-nous, peut difficilement être appliqué à Paul car l'élévation de la tension devient

rapidement chez lui épuisante et détermine un accès épileptique. Cela est exact, mais il n'en est pas moins vrai au point de vue psychologique que l'exécution complète d'une action lui cause une joie intense et le titre momentanément de sa dépression ; le fait reste donc important et assez général puisqu'on l'observe dans tant de circonstances différentes.

En essayant de le comprendre, je suis surtout frappé par une comparaison qui me paraît s'imposer. Tous les faits décrits dans ce chapitre, nous venons de les voir sous une autre forme à propos du somnambulisme complet et de l'æsthésiogénie des hystériques. Il est curieux de remarquer que des séances successives de traitement chez des psychasténiques, qui ne présentent aucunement des phénomènes de suggestion ou d'hypnotisme, déterminent des oscillations absolument identiques à celles que nous venons d'observer chez des hystériques hypnotisables. Avec un grand nombre de ces malades on peut observer que des séances de traitement d'une durée approximative d'une heure semblent se diviser naturellement en deux parties d'une durée inégale suivant les cas et caractérisées par des attitudes différentes du sujet. Dans la première partie les sujets arrivent de mauvaise humeur, mécontents d'eux-mêmes et de leur médecin. Ils sont tourmentés par des troubles de diverses espèces, ils se sentent incomplets, découragés, ils se figurent que le médecin les a mal compris ou ne leur a pas dit la vérité, ils veulent recommencer des explications interminables et ils ne veulent croire à rien de ce qu'on leur dira. Souvent cet état d'esprit les rend grognons, facilement irritables, quelquefois même agressifs et grossiers.

Il est souvent difficile d'intervenir à ce moment d'une manière efficace et d'obtenir des malades un effort d'attention quelconque : il est nécessaire de les laisser parler quelque temps en les écoutant avec bienveillance. Ils gémissent indéfiniment sur leurs doutes « qui portent même sur le principe d'identité » sur « leurs rêves de vie plus complète », etc. Mais bientôt ils s'excitent et se transforment par leur propre parole et par le fait de se sentir écoutés, ils se prêtent mieux aux efforts d'attention et de discussion, ils font plus ou moins facilement quelques-uns des exercices dont nous venons de parler. Quand ils ont réussi à comprendre quelque chose, à croire quelque chose, à éprouver

un sentiment net, ils se transforment complètement et la deuxième partie de la séance est tout à fait différente de la première. Ils se déclarent « si heureux d'être compris », ils sont contents d'eux-mêmes et par un juste retour ils sont très satisfaits de leur médecin. Simone, f. 26, tourmentée par des scrupules, des idées de damnation et des idées de persécution, arrive toujours avec un visage froid et glacé, les sourcils froncés, elle parle au début d'un ton colère et peu poli et déclame de grandes tirades sur les gens habiles qui dupent les esprits crédules et sur la méchanceté universelle des hommes. Elle change régulièrement au bout d'une demi-heure au point de devenir méconnaissable, elle prend une attitude douce et enfantine et remercie en pleurant. Je pourrais placer immédiatement à côté d'elle une douzaine de malades qui se conduisent exactement de la même manière.

Beaucoup de ces malades éprouvent à la suite d'une séance de ce genre une fatigue tout à fait analogue à celle des hystériques hypnotisées. Chez quelques-uns cette fatigue se manifeste même à la fin de la séance, si on la prolonge trop. On voit qu'ils comprennent moins bien, qu'ils ont les traits tirés et quelquefois qu'ils se mettent à pleurer. Chez plusieurs, cette fatigue se prolonge d'une manière assez pénible pendant plusieurs jours. Puis on observe nettement chez eux une période d'euphorie qui mérite bien d'être appelée comme précédemment une période d'influence. Les malades plus ou moins débarrassés de leurs obsessions ont retrouvé la volonté et l'attention ; ils sont devenus capables d'agir, de s'adapter aux conditions sociales et même de travailler utilement. Ils sont heureux et ils expriment leur bonheur avec le même enthousiasme et les mêmes expressions imagées que les malades précédents : « Je vis avec plus d'entrain, je trouve du temps pour tout et j'ai de l'ordre ; à l'ahurissement de tous je deviens exacte, je rattrape ma personnalité : il me semble que j'assiste à un printemps de ma vie. » Nous retrouvons les sentiments singuliers de voir plus clair, de trouver le jour plus brillant, de commencer une autre vie.

A moins qu'il ne s'agisse de sujets tout à fait au terme de leur maladie, cette période heureuse ne se prolonge pas indéfiniment. Au bout d'un temps variable et d'ordinaire malheureusement assez court « un brouillard leur tombe de nouveau sur la tête, l'énergie de leur activité disparaît et les sottises ordinaires

recommencent ». Cette rechute s'explique facilement par la faiblesse du malade, par la promptitude avec laquelle les fatigues et les émotions déterminent de nouveau chez lui des abaissements. Elle est due à l'évolution de la vie qui présente rapidement des problèmes nouveaux et de nouvelles occasions d'épuisement. C'est ce qui fait qu'ils arrivent à leur séance dans l'état de dépression et de mécontentement que nous venons de remarquer et le cycle des oscillations continue.

En réalité sauf les modifications essentielles liées au rétrécissement de l'hystérique, sauf les anesthésies, les paralysies et les amnésies portant sur la période alerte d'influence, nous retrouvons la même préparation difficile du sujet qui doit être dans des conditions particulières, les agitations variées du début, l'élévation de la tension psychologique qui rend possibles des actes d'un niveau plus élevé et qui permet de les amener à un niveau supérieur d'activation, les sentiments d'extase qui s'expriment souvent par des expressions analogues et la descente lente ou brusque après un temps plus ou moins long qui ramène le malade à un degré de dépression plus ou moins profond.

La différence la plus frappante entre ces deux groupes de phénomènes, c'est que ces oscillations de tension déterminent chez l'hystérique des modifications de la mémoire et amènent les doubles personnalités, tandis que les autres malades ne présentent d'ordinaire que de simples modifications d'attitude et de caractère. Il ne faut pas exagérer cette différence : nous avons vu que les amnésies caractéristiques des somnambulismes complets peuvent être plus ou moins atténuées et d'autre part il n'est pas rare d'observer chez les simples déprimés qui ont eu une période d'excitation des amnésies diffuses et des débuts de seconde personnalité. Le phénomène est net chez Lise qui, lorsqu'elle revient me voir, a souvent oublié la visite précédente et les journées qui l'ont suivie, c'est-à-dire les périodes pendant lesquelles elle présentait de l'excitation et qui retrouve fort bien ces souvenirs à la fin de la séance lorsque sa tension a remonté de nouveau. L'accentuation de ce caractère est due à la disposition que présente l'hystérique au rétrécissement de la conscience, disposition qui n'existe pas au même degré chez le psychasténique.

Une autre différence semble exister dans les procédés employés pour déterminer ces changements d'état, mais elle me semble également peu importante. L'æsthésiogénie n'est qu'une

forme particulière qu'ont pris ces procédés d'excitation quand on s'adresse à des malades qui présentent fréquemment des troubles de la sensibilité et du mouvement et chez qui il semble facile d'attirer l'attention sur des sensations et des mouvements élémentaires. On peut appliquer le même procédé à des psychasténiques, comme nous l'avons vu à propos de certains cas de dépersonnalisation. Même chez l'hystérique l'excitation de la sensibilité n'est pas indispensable pour déterminer l'état second. Dans la description que j'ai publiée autrefois d'une malade intéressante, Marceline, j'ai noté que les émotions avaient quelquefois sur elle un effet excellent : « A quatre ou cinq reprises, disais-je, je retrouve dans mes notes la description de scènes violentes que différentes personnes et moi-même avons eu l'occasion de faire à la pauvre fille. Elle devenait vraiment insupportable et on avait été obligé de lui dire assez sévèrement..... Comment se fait-il que dans ces circonstances elle se relevait au lieu de tomber comme dans les autres émotions ? Elle retrouvait sa sensibilité, sa mémoire, elle cessait de vomir, elle mangeait correctement, elle faisait parfaitement son service, elle paraissait guérie au moins pendant une quinzaine de jours[1]. » Il en était de même dans l'observation d'Irène chez laquelle d'ailleurs le somnambulisme complet était le plus souvent provoqué par l'attention portant sur des souvenirs et non sur des sensations. Très souvent également des reproches, des menaces pour faire cesser des résistances ou pour obtenir un acte ont amené des excitations et des somnambulismes complets[2]. Dans ces cas le procédé d'excitation était le même dans les deux groupes de malades.

Tous ces phénomènes encore si mal connus sont donc du même genre malgré quelques différences dans la forme. Ils nous permettent d'entrevoir une notion fort importante, c'est que au cours des dépressions mentales, quelle que soit leur forme et leur origine, nous avons quelquefois le moyen de changer artificiellement la tension psychologique et de ramener le sujet à un état d'activité plus grande, en un mot de déterminer de l'excita-

1. Une Felida artificielle, *Revue philosophique*, 1909, I, p. 329; *État mental des hystériques*, 2e édition, 1911, p. 610.

2. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion, *Journal de psychologie normale et pathologique*, septembre 1904; *État mental des hystériques*, 2e édit., 1911, p. 542.

tion. Quoique cette transformation soit le plus souvent petite, quoiqu'elle semble n'être que passagère, c'est déjà une chose importante de savoir que l'on peut la déterminer et c'est là une notion des plus encourageantes.

Ces modifications momentanées sont fort intéressantes pour le psychologue et pour le théoricien qui voit avec satisfaction se rattacher les uns aux autres des phénomènes en apparence fort différents, comme les doubles existences, les effets thérapeutiques de la métallothérapie ou de l'æsthésiogénie, les impulsions excitantes des psychasténiques, les excitations par l'action, les décharges épileptiques, etc. Mais le problème thérapeutique n'est pas résolu par ces réflexions, il reste toujours à se demander si des traitements de ce genre continués pendant quelque temps avec persévérance peuvent procurer aux malades des modifications assez durables pour être utiles.

Il faut reconnaître que dans ces traitements, comme dans tous les autres d'ailleurs, on éprouve bien des déceptions. Les plus pénibles sont celles que l'on éprouve dans le traitement de certains malades, des jeunes gens le plus souvent, qui semblent au début et quelquefois pendant de longues périodes présenter un état de dépression psychologique assez simple, affectant la forme hystérique ou la forme psychasténique et qui plus ou moins rapidement, malgré tous les traitements, s'abaissent de plus en plus jusqu'à tomber soit dans des délires particuliers, soit dans un état de démence très spécial qui méritent le nom de délire et de démence asthéniques.

Les traitements par l'excitation donnent quelquefois même chez ces derniers malades des résultats encourageants. J'ai cité à plusieurs reprises comment Simone, aboulique et tourmentée par des récriminations et des obsessions de persécution, pouvait se transformer si elle arrivait à une émotion complète qui la faisait pleurer : elle devenait active et aimable au moins pour 48 heures. Il en était de même de Xd., h. 24, dont la maladie était du même genre. Un cas curieux est celui de Yh., h. 50, qui a toujours été un aboulique social, tourmenté par le désir de se faire des amis, mais incapable de connaître personne et de se faire connaître par personne, incapable de prendre une attitude naturelle dans la société où il dissimulait son énorme timidité par des paradoxes, des affirmations hautaines et des insolences. Après la plus

petite émotion il tombait dans des dépressions graves et alors il était disposé à interpréter toutes ses déconvenues comme un effet des machinations de ses ennemis. Sa femme d'abord, puis sa fille se sont vouées pendant des années à l'œuvre difficile de le remonter à ce moment, de le forcer à discuter pendant des heures ses affirmations délirantes, de le forcer à comprendre ses idées de persécution et chaque fois elles réussissaient à le tirer du délire commençant, à lui rendre la confiance et la sérénité pendant quelques jours ou quelques semaines. Elles ont joué auprès de lui pendant vingt ans le rôle du médecin qui excite l'attention et remonte le niveau mental en poussant le malade à l'attention et à l'action complète.

Dans les études précédentes j'ai également fait allusion aux observations remarquables d'Adèle et d'Agathe deux sœurs jumelles qui à 16 ans sont tombées malades toutes les deux de la même manière et qui depuis 15 ans ont évolué avec un remarquable parallélisme. L'une ou l'autre, au début, quand on la dirigeait convenablement pouvait être tirée de son inertie et de ses récriminations et amenée à accomplir complètement un acte même compliqué. Elle éprouvait après l'exécution de cet acte une satisfaction et une excitation qui la soutenait plusieurs journées. Qg., f. 20, comme Zb., f. 23, présentait surtout des sentiments d'incomplétude, des doutes, des sentiments de comédie et d'irréel, elle se demandait constamment si elle mentait ou non, si les objets étaient vrais ou irréels. On pouvait en excitant leur attention les sortir de ces doutes et les amener à faire des remarques exactes sur les choses et sur les gens et à les affirmer avec certitude. Dans tous ces cas l'excitation par l'action avait une influence manifeste et heureuse.

Mais ce qui caractérise ces malades c'est que les progrès obtenus étaient peu durables et ne pouvaient pas être augmentés par la répétition des efforts. La provocation de l'émotion chez Simone, devint en quelques mois de plus en plus difficile et incomplète. La femme et la fille de Yh. ont pu le maintenir en le remontant à chaque instant pendant 20 ans, mais le travail devint peu à peu de plus en plus difficile : « Je sais très bien ce qu'il faut faire de mon père, me disait sa fille, mais c'est dur de consacrer des heures de travail pour lui faire obtenir une heure de calme. On finit par être tellement fatigué qu'on n'a plus le courage de recommencer. » Le malade tombe de plus en plus dans

le délire que l'on a reculé jusqu'à l'âge de 50 ans. Le délire et la démence asthéniques ne sont pas forcément précoces comme on se l'est imaginé, ils arrivent quelquefois très tardivement, mais ils conservent les mêmes caractères. Plus rapidement, après cinq à six ans chez Adèle et Agathe les excitations par l'action sont devenues plus difficiles et ont eu un effet moindre. Quand Agathe avait 20 ans on pouvait avec une heure de travail obtenir qu'elle écrivît une petite lettre à sa mère, quand elle avait 25 ans il fallait le même travail pour obtenir qu'elle prenne un bonbon dans une boîte. Maintenant quand elle a 32 ans c'est à peine si avec un travail énorme j'obtiens qu'elle baisse le bras qui est resté en l'air dans ces attitudes catatoniques qui sont l'expression de l'inertie profonde. Chez Qg. et chez Zb. la décadence a été bien plus rapide, en quelques mois les efforts d'attention sont devenus de plus en plus difficiles et ne pouvaient plus porter que sur des choses très simples pendant peu d'instants : bientôt il fut impossible de rien obtenir.

Cette diminution progressive de l'action, même quand celle-ci est commandée et excitée par un assistant, me paraît très importante. Elle constituera quelque jour un élément essentiel du diagnostic des dépressions progressives marchant vers les démences asthéniques. Quand on fait ces expériences sur un malade gravement atteint, on observe une conduite tout à fait spéciale que je crois caractéristique. Il est bon d'y insister, car l'apparition de cette conduite est une contre-indication très nette à la continuation du traitement par l'excitation de l'action.

Pour mettre en évidence cette conduite, comparons deux malades que nous avons déjà étudiées, Zoé. et Agathe, au moment où les circonstances éveillent en elles une tendance à un acte particulier. Zoé. vient de recevoir une lettre d'une personne qui s'est occupée de ses fiançailles avec M. X. : comme en réalité elle aime M. X. et désire ce mariage, elle est disposée à répondre en écrivant une lettre aimable. Agathe est dans une maison de santé où elle se déplaît et dont elle désire sortir, elle est avertie que sa mère vient la chercher et qu'elle doit s'habiller pour sortir et rentrer chez elle ; comme il est naturel, elle est heureuse de cette proposition qu'elle comprend fort bien et qu'elle accepte. Chez les deux malades les choses au début semblent se passer de la même manière : la tendance s'éveille, elle entre dans la première phase d'activation que j'ai appelée « phase d'érection » et

même dans la seconde phase, celle du désir. Des mouvements en rapport avec le développement de la tendance sont commencés : les malades se lèvent, vont et viennent dans la chambre, l'une touche une plume, l'autre son chapeau et elles semblent commencer l'une et l'autre l'acte proposé. En même temps commencent des agitations de diverses espèces, car déjà la force de la tendance qui ne peut se tendre dérive de tous les côtés. Elles remuent à tort et à travers, elles respirent irrégulièrement, elles étouffent et se plaignent d'angoisses, elles bavardent sur une foule d'idées éveillées par l'acte en question, mais le plus souvent en opposition avec lui : Zoé. prétend qu'elle est poussée à tuer M. X. et Agathe répète qu'elle déteste la maison de sa mère et qu'elle n'a jamais désiré y retourner, etc.

Ici s'arrêtent les ressemblances et les différences deviennent vite considérables. Zoé. peut rester longtemps dans ce même état, des heures ou même des journées : elle travaille avec persévérance à augmenter la tension de la tendance qui a été éveillée ou plutôt cette tendance a en elle-même assez de force pour rester longtemps éveillée et même pour s'activer davantage, jusqu'à la troisième phase, celle de l'effort. L'excitation, en effet, gagne d'autres tendances : la tendance à être aimable vis-à-vis d'une personne importante, le désir de se marier, le désir de faire un ménage indépendant de celui de ses parents, et même des tendances génitales s'éveillent à côté de la tendance principale et viennent lui apporter le concours de leur force. Il est vrai que malgré ces renforts la tension n'est guère suffisante, mais des dérivations continuent à se produire plus nombreuses et plus compliquées : des idées symétriques, des idées contradictoires, des manies d'interrogation, des manies des pactes s'enchevêtrent de mille façons. Si on peut ainsi s'exprimer, la force de la tendance manque de tension, mais elle ne manque pas de quantité : c'est ce qui lui permet de prolonger si longtemps les activations inférieures et d'entretenir toutes ces agitations. L'assistant qui essaye de faire monter l'action plus haut trouve de la ressource dans cette quantité de force disponible et dans cette durée de l'effort. Il peut canaliser les forces, arrêter les trop grandes dérivations, éveiller les formes supérieures de la tendance et il réussit plus ou moins vite à amener l'activation complète. En un mot il réussit, au moyen de tous les procédés précédemment indiqués à faire écrire par Zoé. la lettre en question et il obtient

que cet acte soit fait avec conscience, avec décision et avec joie.

Les choses se passent tout autrement chez la pauvre Agathe. On aurait pu croire que le désir de quitter la maison de santé et de partir avec sa mère était chez elle très intense car dans ses récriminations perpétuelles elle en parlait incessamment depuis plusieurs mois. Nous ne sommes pas surpris cependant que cette tendance ne se réalise pas immédiatement, car nous savons que chez ces malades l'activation complète est difficile. Mais nous nous attendons à une lutte prolongée, à de longues agitations, à des efforts intenses pour satisfaire ce violent désir. En réalité la tendance ne dépasse pas le stade du désir exprimé mollement et provoque simplement quelques dérivations banales, des rires, des angoisses, des récriminations contre sa famille, et c'est tout, La tendance à partir de la maison de santé ne s'élève pas au stade de l'effort, elle n'appelle pas à la rescousse d'autres tendances, elle ne provoque pas des agitations compliquées ; au contraire elle paraît rapidement s'épuiser et après quelques moments elle retombe entièrement détendue. Le sujet s'est rassis dans sa position ordinaire, il continue ses rabâchages toujours les mêmes, comme s'il n'était plus du tout question de sortir avec sa mère. Il nous faut exciter de nouveau la tendance en expliquant de nouveau la situation, en rappelant à Agathe combien elle désirait les jours précédents voir sa mère et partir avec elle. Sous cette influence la tendance s'éveille de nouveau, mais plus faiblement que la première fois : la malade ne se lève pas, touche à peine son chapeau, s'agite peu et retombe plus vite dans le même oubli ; si nous recommençons encore, nous réussirons de moins en moins et nous ne pourrons plus tirer Agathe de son indifférence. Cette détente rapide de la tendance éveillée, cet oubli apparent, ce désintéressement de l'acte après les toutes premières phases de l'activation, cette impossibilité de réveiller la tendance vite épuisée me semblent des traits caractéristiques de la démence asthénique. Ce n'est pas seulement la tension qui est insuffisante, comme dans la dépression simple, c'est la quantité même de la force disponible qui est trop faible pour qu'il soit possible de donner à la tendance une tension plus grande. Sans entrer ici dans la discussion de ces problèmes qui doivent être abordés dans une étude sur les délires et les démences asthéniques, nous constatons seulement que la maladie prend ici une forme particulière et que dans cette forme l'excitation

par l'action ne tarde pas à devenir impossible. Les procédés et les expériences précédentes ne peuvent plus alors jouer un rôle utile dans la thérapeutique ; ils peuvent simplement être utiles pour préciser le diagnostic.

A côté de ces observations dont l'étude est aussi intéressante qu'elle est décourageante on constate heureusement bien d'autres cas où les malades se sont comportés tout différemment. Reprenons les malades précédents chez lesquels nous avons constaté de l'excitation momentanée après le traitement et notons leur évolution ultérieure sous l'influence du même traitement, souvent répété.

Le premier cas, celui de Kl., que nous avons considéré comme typique, nous montre précisément les transformations qui se sont opérées chez une malade soumise quelque temps à ce traitement par l'excitation. J'ai fait observer qu'il s'agit d'une ancienne malade habituée autrefois, il y a quinze ans, à ce traitement. Il en est résulté chez elle une disposition à s'exciter après un effort réussi d'attention, d'expression, de raisonnement et en même temps une disposition à conserver cette excitation. C'est ce que nous constatons quand nous la voyons se transformer après une séance de confession et conserver ensuite son équilibre mental pendant un temps assez long, quelquefois pendant plusieurs années. Il n'en était pas de même évidemment il y a quinze ans, au début du traitement, qui a été à ce moment fort difficile. mais qui est devenu bien plus facile dans les crises postérieures.

Cette transformation peut se constater dans un grand nombre des autres observations. La guérison complète de Pya. par l'excitation génitale a demandé une dizaine de mois avant le retour complet de l'état antérieur, mais il était assez rapidement visible que les tentatives génitales du malade se transformaient par la répétition. Non seulement, comme je l'ai dit, elles se perfectionnaient en s'élevant vers les phénomènes sexuels supérieurs, mais encore elles devenaient de moins en moins difficiles et déterminaient des améliorations mentales de plus en plus grandes et de plus en plus longues. Ces progrès s'observent très aisément dans les autres cas du même genre, si on compare les confidences des malades à diverses époques. Ub., cet obsédé urinaire intéressant, après être resté 18 mois dans une maison de santé sans

aucun progrès, est arrivé en trois mois à « la miction correcte avec joie » et il est complètement sorti de son état de dépression : de grandes émotions déterminées par la guerre ne l'ont pas fait retomber.

Les actes sociaux qui ont fait l'objet de tentatives intéressantes dans un grand nombre d'observations ne sont pas toujours restés aussi difficiles et aussi pénibles qu'ils l'étaient au début. Les sorties d'Emile, ses démarches dans les magasins n'ont pas toujours été aussi dramatiques et n'ont pas toujours exigé le travail que j'ai décrit dans les premières. Ce jeune homme, qui était raide et couvert de sueur dans les premières sorties, se tenait convenablement dans les dernières, après cinq à six mois. Il a fait de tels progrès qu'il a pu l'année suivante être présenté à des examens universitaires qu'il a passés brillamment et que depuis cette époque il a continué avec succès des études supérieures.

Les efforts d'attention portant sur les sensations ont modifié rapidement en quatre mois le sentiment de dépersonnalisation de Wc. : ce jeune homme est ensuite parti pour faire son service militaire qu'il a pu faire sans difficulté et très correctement, il se maintient depuis trois ans sans rechutes.

Il a fallu sept mois pour faire sortir Zoé. de son état de doute à propos de ses fiançailles. Mais il est juste de dire qu'elle ne paraissait plus guère malade dans les deux derniers mois et qu'elle accomplissait des actes sociaux fort délicats et difficiles. Elle est restée guérie complètement pendant trois ans ; il est vrai qu'elle vient de retomber dans un état de dépression avec interrogations obsédantes à la suite de l'émotion ressentie au moment de la mort assez subite de sa mère : elle se guérit plus rapidement par des procédés analogues à ceux qui l'ont rétablie la première fois. Newy. a restauré complètement son activité en un an, elle a conservé une volonté et une énergie évidemment faibles, mais qui suffisent dans son petit ménage.

Les crises de scrupule de Jd. ont été arrêtées en quelques mois. Les interminables discussions de Lydia, sur son idée fixe de beauté, sont devenues graduellement plus faciles et plus claires et la malade qui ne quittait pas sa chambre depuis douze ans a commencé à sortir régulièrement et à voir quelques personnes au bout de sept mois. A la suite de ces efforts cette malade est restée rétablie à peu près pendant trois ans et pendant cette

période elle a retrouvé une énergie qui l'a rendue capable de rendre de grands services à sa famille au milieu de tristes circonstances.

Il est inutile de répéter indéfiniment les mêmes descriptions, car je trouve dans mes notes 45 observations dans lesquelles les choses semblent s'être passées à peu près de la même manière tout à fait inverse de ce que nous avons constaté dans l'évolution des démences asthéniques. Les excitations par l'action étaient d'abord difficiles à obtenir et ne donnaient naissance qu'à des améliorations momentanées, analogues à « des instants clairs ». Elles sont devenues peu à peu par le fait de la répétition et par l'accumulation des bénéfices plus faciles à obtenir et elles ont eu un effet plus prolongé, la transformation s'effectuant dans un intervalle de un mois à un an. Les symptômes de la dépression se sont effacés, l'activité psychologique a repris une tension à peu près normale.

Dans d'autres cas également assez nombreux, car je pourrais prendre quinze observations comme types de cette catégorie, les choses ne se passent pas tout à fait de la même manière. Des malades comme Lise, comme Lox., comme Daniel, semblent ne jamais arriver par ce procédé à une guérison complète ; ils ne satisfont jamais à la condition que nous avons imposée pour juger de l'efficacité d'un traitement, ils ne sont jamais assez bien portants pour rester un an sans venir demander du secours. Après quelques séances de ce genre leur rétablissement est notable et il peut durer quelques semaines ou même quelques mois, mais d'une manière en quelque sorte inévitable, la dépression recommence et le malade a de nouveau besoin d'une direction et de quelques efforts. Cependant je ne peux pas dire que les traitements excitants n'aient eu dans ces cas aucune action efficace. Les malades conservent le besoin d'être remontés de temps en temps cela est vrai, mais en fait, grâce à ces procédés, ils peuvent être remontés et, grâce à quelques séances de temps en temps, ils restent remontés. Ces malades conservent dans la société une vie normale et leur entourage serait souvent bien étonné d'apprendre quel est le traitement dont ils ont besoin tous les quinze jours. Ils ne pourraient conserver cette existence si on les laissait constamment au niveau inférieur où ils sont avant les excitations. Le traitement, s'il n'est pas curatif, est au moins palliatif et il dissimule une infirmité.

En considérant ces faits il faut se demander s'il est juste d'attribuer au traitement par l'excitation une grande part dans ces améliorations définitives ou passagères. La discussion générale de la valeur des traitements psychologiques ne peut être faite ici, elle sera plus à sa place à la fin de ces études. Rappelons seulement quelques faits dont la connaissance nous sera utile au moment de cette discussion. Beaucoup de ces malades présentaient des troubles depuis longtemps avant cette intervention. Lydia était obsédée depuis douze ans et avait complètement cessé de sortir et de se montrer depuis dix ans. Mnd., f. 40, tourmentée par ses scrupules et ses prétendues impulsions impudiques se cachait depuis sept ans ; beaucoup d'autres étaient malades depuis au moins deux ans. Le changement d'attitude a été net chez Lydia après sept mois, chez Mnd. après trois mois de traitement, la coïncidence de la guérison avec le traitement ne laisse pas d'être intéressante. Chez les malades qui ont eu des crises nombreuses on peut constater que les crises précédentes ont été très longues et que de nouvelles dépressions ainsi traitées se terminent beaucoup plus vite. Enfin, notons aussi que ces malades avaient essayé d'autres traitements. Lydia avait été mise au repos et restait à peu près constamment couchée depuis deux ans, Newy. avait été internée successivement dans deux maisons de santé. La coïncidence des améliorations mentales avec le changement de traitement et avec l'essai de la thérapeutique par l'excitation doit être notée. La constatation de cette coïncidence répétée assez fréquemment suffit pour justifier notre étude historique et psychologique de ce traitement encore mal connu et difficile à préciser.

Une semblable thérapeutique surprend au premier abord parce qu'elle apparaît comme tout à fait opposée à des traitements qui nous ont semblé rationnels et utiles et que nous avons étudiés dans un chapitre précédent sous le nom de traitements par le repos et par l'économie des forces. Il semble bizarre de guérir des individus épuisés en les faisant travailler et d'éviter la faillite en conseillant de nouvelles dépenses. Cependant cela n'est pas tout à fait inintelligible, car on vient de voir que l'action ne se borne pas à dépenser les forces, mais que souvent aussi elle les renouvelle : un bon placement, une spéculation habile peuvent rendre une dépense fort rémunératrice. En réalité ce sont là des traitements qui ne sont contradictoires qu'en apparence et qui

peuvent conserver tous les deux leur raison d'être et leur utilité.

Il serait seulement désirable de pouvoir préciser dans quel cas l'une de ces deux thérapeutiques est la plus indiquée. C'est là malheureusement un problème très difficile dont le plus souvent les psycho-thérapeutes ne semblent pas soupçonner l'importance. Si je ne me trompe, le médecin ordonne le plus souvent au malade le repos complet, ou la distraction par l'occupation, selon ses propres préférences doctrinales et sans aucun diagnostic psychologique sérieux pour justifier son choix. Certains répètent dans tous les cas : « Cessez tout travail, interrompez vos affaires, étendez-vous sur une chaise longue et réfugiez-vous dans une maison de santé. » D'autres protestent toujours : « Evitez cette inertie qui vous abrutira, marchez, sortez, travaillez, amusez-vous, sursum corda ! » Un jour viendra où l'une ou l'autre ordonnance ne sera plus faite ainsi au hasard, mais sera la conclusion d'une sérieuse analyse psychologique.

Malheureusement nous sommes encore loin de cet idéal et nous en sommes encore pour longtemps à la période des indications vagues et des tâtonnements. Ainsi il est juste de tenir compte de l'état apparent des forces : quand le malade présente des symptômes organiques d'affaiblissement, quand il a maigri fortement, quand il a des troubles digestifs et circulatoires, quand il a visiblement de la faiblesse musculaire, il est raisonnable de recommander au moins pendant un certain temps le traitement par le repos, tandis qu'au contraire le traitement par l'excitation de l'action sera plus indiqué chez un malade apparemment vigoureux et agité. Il faut également se préoccuper du degré de la dépression, la simple tristesse avec disparition des degrés supérieurs de l'activation, avec suppression du triomphe et de la joie après l'accomplissement de l'acte ne doit pas être traitée de la même manière que la vraie dépression mélancolique avec abaissement de l'activation au-dessous du stade du désir. Les traitements par l'excitation sont beaucoup plus faciles dans le premier cas que dans le second. On peut admettre que le repos est plus indiqué quand les troubles de la dépression psychologique sont plus généralisés, c'est-à-dire quand les symptômes de la dépression, insuffisances d'activation, sentiments d'incomplétude, dérivations sous forme d'agitations, de phobies, de manies mentales, se présentent non seulement à propos de certaines actions particulières, mais à propos d'un grand nombre d'actes appartenant à

des tendances différentes. Un signe intéressant peut être fourni par le développement de l'agitation qui peut apparaître à tous les degrés de la dépression et qui prend dans chacun d'eux des formes caractéristiques. La présence de ces agitations montre souvent la conservation de la quantité des forces malgré la diminution de leur tension.

Malheureusement toutes ces indications sont bien difficiles à constater et bien sujettes à l'erreur. Le plus souvent il faudra se fier à l'expérimentation et au tâtonnement. Il me semble bon de commencer en général les traitements de la dépression par l'application des méthodes d'économie et de repos et il ne faut jamais les abandonner complètement, car c'est le repos qui économise les forces dont peut disposer l'excitation. Ce n'est donc que graduellement que l'on peut adjoindre au repos divers essais d'excitation par l'action. Ceux-ci sont continués, augmentés ou réduits suivant leur facilité, suivant leurs résultats et suivant la manière dont se présentent les phénomènes de détente et de décharge.

Parmi les malades quelques-uns cherchent déjà instinctivement à appliquer un traitement par l'excitation, quand ils ont des impulsions à l'exécution de telle ou telle action. Le médecin doit d'abord étudier et régler ces impulsions qui presque toujours contiennent ou ont contenu quelque excitation utile, mais qui se sont transformées par l'abus et qui sont devenues dangereuses. Bien entendu il faut supprimer les actions dangereuses pour le malade au point de vue social ou hygiénique, il faut également lutter contre les impulsions que je qualifierais d'erronées dans lesquelles le malade cherche une excitation qu'elles ne peuvent pas lui fournir.

Au contraire il est souvent juste de conserver au moins en partie certaines impulsions à la recherche de l'amour, de la domination, du succès, etc... qui dans leur principe ne sont pas absurdes. Le malade n'en obtient plus de bons effets, d'abord parce qu'il agit maladroitement et qu'il ne réussit pas à obtenir ce qu'il désire, ensuite parce qu'il répète l'action trop souvent, quand la tendance épuisée ne peut plus parvenir à l'activation complète. Le rôle du médecin est de régler ces impulsions plutôt que de les supprimer. Ce qui comme on l'a vu, constitue principalement le danger des impulsions, c'est leur étroitesse, leur exclusivisme. Au lieu de chercher l'excitation dans un seul acte toujours le même, il faut la chercher dans diverses actions empruntées à

diverses tendances, ce qui permet de réussir plus souvent et à moins de frais. Nous pouvons rapporter encore à ce sujet une lettre d'une malade intéressante dont nous avons déjà étudié les impulsions amoureuses. Quelques directions l'ont beaucoup améliorée et l'ont amenée à mieux comprendre les avantages que l'on peut retirer de la recherche de l'amour. Au début elle poursuivait constamment le rêve d'un amour idéal, complet, absolu, incarné dans une seule et unique personne. Elle fit bien des progrès quand elle arriva à comprendre que l'on peut placer son affection sur plusieurs personnes de manière à ne pas exiger tout d'une seule : « Force a été de découper mon cœur en petits morceaux : personne ne le voulait tout entier, il est si exigeant et si volumineux. Mon mari veut bien de l'offrande de mes vertus domestiques, mes parents de celle de ma bonne humeur, mes enfants aspirent à ma bourse et mes amis à des plaisirs qui ne vident pas la leur. On veut bien un petit morceau de moi de temps en temps, personne ne veut tout. J'ai fini par apprendre à aimer les gens sans vouloir les absorber... » Des instructions de ce genre arrivent plus souvent qu'on ne le croit à transformer des impulsions pathologiques en instruments de guérison.

Bien souvent nous avons à faire à des malades déprimés qui n'ont pas d'impulsions et le rôle du médecin, si nous résumons tout ce que nous venons d'étudier, est souvent de travailler à leur en créer. Il faut leur indiquer des actions qu'ils soient capables d'accomplir et qui leur laissent des bénéfices. Il faut leur apprendre à les accomplir correctement et complètement de la manière qui peut les rendre excitantes. L'homme ne s'enrichit pas seulement en faisant des économies sur ses dépenses, il peut aussi s'enrichir peut-être même plus rapidement en apprenant à faire des recettes. Malgré l'obscurité de ces faits et malgré l'insuffisance des explications que j'ai essayé d'en donner, on arrivera souvent à obtenir des guérisons ou des améliorations importantes et durables en intéressant de cette manière le malade à sa propre guérison.

CHAPITRE IV

LES MÉDICATIONS PSYCHO-PHYSIOLOGIQUES

Les traitements psychologiques ont été bien souvent considérés comme opposés aux autres thérapeutiques qui font appel aux ressources de la physique et de la chimie et qui sont fondées sur la connaissance des lois physiologiques. Au moment de l'enthousiasme pour la suggestion, à l'époque heureuse où il suffisait de dire aux malades : « dormez et portez-vous bien », des médecins instruits ne pouvaient cacher leur tristesse quand ils voyaient que toutes les belles études de la physiologie et de la clinique allaient devenir inutiles et beaucoup se sont figuré que la psychothérapie serait un refuge avantageux pour les médecins sans éducation médicale réelle. M. Dubois (de Berne) dans son beau livre sur les psycho-névroses si intéressant à tant de points de vue a semblé trop souvent confirmer cette opinion ; non seulement il conseille une thérapeutique morale, mais encore il condamne la plupart des examens, des opérations, des remèdes de la thérapeutique physiologique. « Il faut supprimer tout cela, dit-il, et s'avancer vers la maladie sans armes, sans médicaments ; cela donne au malade la conviction qu'il n'y a pas de danger, ce qui est extrêmement important[1]... La seule arme du médecin doit être sa parole entraînante[2]... Il ne doit avoir qu'une arme, sa dialectique serrée, imperturbable, bienveillante[3]. » Sans doute ces auteurs songent toujours aux exagérations de la chirurgie « qui coupe, qui cautérise, qui racle partout de malheureux névropathes hypocondriaques ou de la pharmacie qui les empoisonne par d'innombrables drogues ». Mais ils n'en ont pas

1. Dubois (de Berne), *Les psycho-névroses et leur traitement moral*, 1904, p. 487.
2. *Op. cit.*, p. 302.
3. *Op. cit.*, p. 544.

moins réduit d'une manière très fâcheuse les ressources de la thérapeutique des névroses et ils ont présenté une conception fâcheuse de la psychothérapie qui semble peu scientifique.

Les troubles psychologiques sont des troubles de la conduite et la conduite n'est pas autre chose que l'ensemble des réactions externes de l'être vivant. Comment admettre que ces réactions externes qui se passent dans les membres, dans la bouche, dans la langue soient complètement indépendantes des réactions internes qui se passent à l'intérieur du même corps et dont l'étude constitue la physiologie ? La bonne adaptation des réactions externes n'est-elle pas une partie de la vie comme la bonne adaptation des réactions internes elle-même ? Un homme dont la conduite est dérangée est un homme qui ne vit ni correctement, ni complètement ; au fond, quoique les apparences soient quelquefois contraires, il ne faut jamais cesser de considérer un aliéné comme un malade. Je ne puis pas m'empêcher d'éprouver un étonnement quand je vois un aliéné, délirant depuis l'âge de vingt ans, atteindre cependant un âge avancé et présenter même dans la vieillesse les apparences de la santé. Il y a là un problème complexe, embrouillé par nos ignorances sur la longévité réelle des hommes, sur les causes qui abrègent la durée normale de leur vie, sur l'appréciation de l'activité vitale et nous devons évidemment nous tromper quand nous admirons la bonne santé apparente de ces aliénés.

Tout ce que nous pouvons dire c'est que dans beaucoup de cas de ce genre, les troubles de la santé ne se manifestent pas par des lésions grossières des appareils que nous connaissons bien, qu'il n'y a pas de troubles du cœur ou du poumon perceptibles à l'auscultation et même qu'il n'y a pas de lésions apparentes du cerveau. La conduite et les faits psychologiques qui en dépendent ne sont pas la manifestation isolée de l'activité du cœur, des poumons, ni même du cerveau ; ils sont l'expression de l'activité de tout l'organisme, de sa croissance, de son évolution, de son involution. Les organes et les fonctions qui interviennent dans ces phénomènes nous sont mal connus, leurs troubles sont à peine soupçonnés ; mais ils existent et doivent être étudiés de plus en plus. La psychologie n'est pas indépendante de la physiologie, mais elle réclame une physiologie plus délicate, plus profonde que celle de la digestion ou de la respiration. L'étude des maladies nerveuses et mentales loin de pouvoir se passer

des connaissances physiologiques et médicales réclamera de plus en plus une physiologie et une médecine bien plus approfondies. Le traitement de ces maladies, loin de pouvoir être entrepris après des études médicales sommaires, appartiendra au clinicien le plus consommé et demandera l'usage de tous les examens et de tous les procédés les plus délicats.

Des traitements de ce genre doivent-ils encore se rattacher à la psychothérapie ? Ils me semblent continuer à en faire partie à plusieurs titres. En premier lieu, l'application même de ces traitements demandera des connaissances psychologiques et des procédés fondés sur des lois psychologiques Dans les maladies ordinaires qui ne troublent pas la conduite, il suffit de donner au malade des conseils, une ordonnance : « laissez-vous faire telle opération..., suivez tel régime..., prenez tel médicament... » Suffirait-il de se conduire de la même façon avec un malade névropathe, de dire à une hystérique anorexique de manger plus et à un psychasténique qui a des impulsions boulimiques de manger moins ? Il ne suffit pas avec ces malades de donner un conseil ou de corriger une erreur, il faut faire comprendre, faire accepter, faire exécuter, par des malades qui ont des troubles de l'intelligence, de la croyance, de la volonté ; c'est tout autre chose et le traitement reste en majeure partie un problème de psychologie.

Mais il y a plus à dire, le diagnostic même de ces troubles délicats de l'organisme, le choix des médications, l'appréciation des effets du traitement ne pourront être faits que par des études et grâce à des méthodes psychologiques. Il faudra toujours pour apprécier ces troubles de l'évolution de l'organisme reconnaître les caractères et les degrés de la dépression, étudier l'excitation produite par certaines médications, la reconnaître et la distinguer de l'agitation, ce qui est toujours difficile, etc... Moreau (de Tours) autrefois, après avoir étudié les effets du haschish proposait de se servir de cette substance dans le traitement des mélancoliques. Si cette médication avait été adoptée, elle aurait comporté une foule d'études psychologiques et serait restée de la psychothérapie.

Loin donc de vouloir que « la psychothérapeute se présente sans armes et sans médicaments », je voudrais au contraire qu'il fourbisse beaucoup plus d'armes, car il n'estimera jamais son ennemi assez redoutable et ne sera jamais trop armé. Il doit

appliquer au traitement des psycho-névroses toutes les connaissances que la médecine et la physiologie peuvent actuellement lui fournir. Ces connaissances malheureusement très restreintes peuvent se répartir en deux groupes : 1° Des observations sur les maladies du corps qui accompagnent souvent les troubles de la conduite permettent de rechercher des médications en quelque sorte indirectes qui essayent d'atteindre les névroses en traitant les troubles simultanés de l'organisme ; 2° Quelques observations sur les effets de certaines substances chimiques et de quelques phénomènes physiques qui semblent modifier la tension psychologique et la conduite nous donnent quelques indications relatives à une médication directe des troubles psychologiques.

1. — Troubles physiologiques en relation avec les névroses.

Les maladies générales. — Il semble vraisemblable que toutes les maladies quelles qu'elles soient doivent avoir une influence sur la tension psychologique puisque celle-ci doit dépendre du bon fonctionnement de l'organisme tout entier et les anciens résumaient déjà cette croyance dans l'aphorisme célèbre : « Mens sana in corpore sano ». Bien souvent les médecins ont appliqué cet axiome à l'étude des névro-psychoses en cherchant soigneusement dans l'organisme des malades un trouble pathologique quelconque auquel on put rattacher les troubles apparents de la conduite. « Il faut pour guérir les névroses, disait M. Lewellys Barker[1], tenir grand compte des processus locaux, des maladies des oreilles, des yeux, des vices de réfraction, des maladies des sinus, des maladies génito-urinaires, de la tuberculose, de l'artério-sclérose, de la syphilis, de l'alcoolisme, des formes frustes de la maladie de Graves, etc... » — « Il faut, disait aussi M. Henri Damage[2], se préoccuper de la tuberculose, des affections gynécologiques, des maladies infectieuses, inflammatoires, des suppurations de toute nature, des insuffisances d'organes ou d'émonctoires, des bronchites chroniques, du mal de Bright, etc... » Bien entendu, l'importance qu'ont prise dans la pathologie les maladies tuberculeuses et syphilitiques ont attiré sur elles l'atten-

1. Lewellys Barker, *On the psychic treatment of the functional neuroses*, 1906, p. 4.
2. H. Damage, Les affections mentales curables et leur traitement. *Journal de neurologie*, 20 avril 1911, p. 141.

tion et on ne se figure pas le nombre des affections névropathiques qui ont été rattachées par tel ou tel médecin à des tuberculoses ou surtout à des syphilis que l'on s'entêtait à rechercher malgré l'absence de tout symptôme caractéristique.

Malgré les apparences séduisantes de ces interprétations physiologiques on peut facilement constater qu'elles sont encore aujourd'hui bien insuffisantes et qu'il n'est pas possible de fonder sur elles une thérapeutique scientifique des névroses. L'adage fondamental lui-même, « mens sana in corpore sano » qui est au point de départ de ces études semble d'une application bien difficile, quand il s'agit des maladies de la conduite et de la pensée. Combien de grands malades au dernier degré de la consomption gardent un état mental en apparence tout à fait intact, combien de déments semblent avoir une santé parfaite ?

Un premier fait curieux à ce point de vue nous est fourni par l'influence de l'âge sur ces maladies de dépression psychologique. J'ai déjà établi par des statistiques qui se sont sur ce point trouvées complètement d'accord avec celles de MM. Pitres et Régis que les maladies psychasténiques appartiennent surtout à la jeunesse[1]. Leur maximum de fréquence et de gravité se place entre 20 et 35 ans ; le nombre des malades et peut-être même la gravité de la maladie commence à diminuer à partir de 40 ans et si on ne confond pas ces maladies dépressives avec des affections mentales d'une autre nature on remarquera qu'elles deviennent rares dans la vieillesse. M. Deschamps arrive même à conclure que « le système nerveux des asthéniques s'améliore en vieillissant et que beaucoup retrouvent la santé vers la soixantaine[2]. » Plusieurs des grands malades que j'ai suivis depuis de longues années justifient complètement ces remarques : Jean, Nadia, Lise, Lox, que je suis depuis 20 ans présentent des troubles de moins en moins graves et qui ne sont plus comparables à ceux que j'observais sur eux dans leur jeunesse. Lise à 50 ans vieillie, atteinte de lithiase biliaire grave, ayant déjà subi l'opération de la vésicule biliaire, se porte moralement bien mieux qu'au moment où elle était physiquement très valide. Un exemple bien curieux est celui de Xe : cet homme depuis l'âge de 18 ans jusqu'à l'âge de 60 ans a été un obsédé scrupuleux presque délirant, un douteur et surtout un agoraphobe incapable de sortir de chez lui. A

1. *Obsessions et psychasténie*, 1903, I, p. 614.
2. A. Deschamps, *Les maladies de l'énergie*, 1909, p. 265 (F. Alcan).

partir de 60 ans il a complètement changé de caractère, il n'a plus conservé ni doutes, ni phobies et il s'est mis à effectuer seul et non sans hardiesse de grands voyages ; il a eu la vieillesse la plus verte et la plus heureuse jusqu'à sa mort à 82 ans.

Je donnais autrefois de ces faits une explication qui me semble encore en partie exacte, c'est que la vie dans la vieillesse demande moins d'adaptations nouvelles, qu'elle est plus simple, moins coûteuse, et qu'il est alors plus facile de suffire à des dépenses diminuées même avec des ressources qui sont restées faibles. L'amélioration manifeste produite par la ménopause chez des femmes comme Lise et Lox. semble justifier cette interprétation puisque les grandes dépenses nécessitées par les fonctions génitales et même par les tendances amoureuses sont énormément réduites. Peut-être peut-on admettre aussi qu'une évolution s'est faite chez ces individus qui a amélioré la production des forces psychologiques. Ce sont, comme nous l'avons sans cesse répété, des lents, des individus à évolution physique et morale très lente qui n'arrivent que très tard à leur complet développement. Je pourrais montrer que chez plusieurs d'entre eux la puberté morale, les désirs et la curiosité génitale n'apparaissent que vers 30 ans, que l'activité sociale, le désir d'indépendance, manifestes chez des jeunes gens normaux de 17 ou de 20 ans, ne se développent chez eux qu'à 40 ans. Il se peut qu'il y ait beaucoup d'autres énergies à peine soupçonnées dont l'activité joue un rôle dans la tension psychologique et qui n'apparaissent chez ces malades que bien plus tard. Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, il n'en est pas moins curieux de constater que ces individus ont une activité psychologique bien plus complète au moment où la vieillesse vient réduire et troubler par des infirmités leur santé physique.

J'ai déjà insisté bien souvent sur un autre fait qui m'a paru bien curieux, c'est l'influence manifestement bienfaisante de l'état de grossesse chez les névropathes et j'ai rapporté trente observations dans lesquelles un état psychasténique grave diminuait, puis disparaissait même complètement à partir du quatrième mois de la grossesse. Les deux tiers des malades il est vrai retombaient dans un état de dépression analogue quelque temps après l'accouchement. Je viens d'observer une dizaine de cas nouveaux dans lesquels les choses se sont passées de la même manière. Parmi ces malades deux femmes qui depuis des années avaient

des tics, des manies et des obsessions les perdaient complètement pendant les derniers mois de la grossesse et les retrouvaient après l'accouchement. Héloïse n'était jamais normale que pendant les périodes de grossesse et pendant les règles. X., une femme de 27 ans, aboulique et tourmentée par toutes sortes de phobies depuis l'âge de 13 ans « est toute surprise d'agir comme tout le monde et de n'avoir plus peur de rien » pendant la grossesse. Peu de temps après l'accouchement elle s'interroge pour savoir si elle aime l'enfant, elle a peur de lui faire du mal et tout recommence. Dans deux observations l'influence de l'allaitement a prolongé pendant six mois la bonne influence de la grossesse. Je n'ai observé que trois cas contraires pendant lesquels la grossesse a évolué sans amener aucun changement dans l'état psychasténique. Ce dernier fait est beaucoup plus rare et je n'ai pu établir ce qui distinguait ces trois femmes des précédentes. Sans insister ici sur les interprétations possibles de cette influence de la grossesse, bornons-nous à remarquer que beaucoup de grossesses que nous venons de signaler ont été pénibles, ont amené des affaiblissements et des troubles de la santé et qu'elles n'en ont pas moins déterminé une amélioration considérable de l'état névropathique.

Le problème devient encore plus complexe quand on passe de ces états normaux comme la vieillesse et la grossesse à des états franchement pathologiques qui s'accompagnent d'une amélioration mentale du même genre. De simples maladies fébriles passagères déterminent des améliorations manifestes. La grippe rend Pépita parfaitement raisonnable et heureuse pendant dix jours, et cela même à une période, celle des journées qui suivent les règles, où elle est régulièrement très troublée. Il en est de même chez trois autres qui n'ont plus ni honte d'elles-mêmes, ni tics, ni accidents hystériques quand elles ont la fièvre. Si Wd., f. 16, n'urine pas dans son lit, ou ne se lève pas la nuit en somnambulisme, c'est qu'elle a de la fièvre. Bul., cette femme de 56 ans, si singulière, qui a sans cesse l'obsession « qu'elle est dans un sépulchre tout noir entourée de gens qui sont morts » est atteinte de broncho-pneumonie et sa température oscille entre 38 et 39,4 : « C'est étonnant, dit-elle, vous n'avez plus la figure barbouillée de noir, vous n'avez plus l'air d'être mort et moi-même je ne suis plus dans un sépulchre noir. » Quand quinze jours plus tard elle m'accueille en gémissant

« parce qu'elle est de nouveau dans un caveau noir et que tous les gens qui l'entourent sont morts », sa température est de 37,3. Chez d'autres malades qui après une pneumonie, une fièvre typhoïde restent affaiblis pendant un certain temps, les obsessions et les phobies, même les accès épileptiques, ne réapparaissent pas tout de suite. Tant que dure la convalescence l'état mental semble parfait et la volonté énergique ; ce n'est qu'au moment où les forces physiques sont rétablies que les troubles mentaux réapparaissent.

L'observation de Mba, atteint d'une angine grave avec abcès du pharynx que nous avons déjà étudiée était tout à fait caractéristique. Il se peut que les maladies fébriles donnent naissance à des toxines excitantes qui relèvent la tension psychologique. Mais cette interprétation ne peut s'appliquer aux périodes de convalescence sans fièvre et sans autre altération pathologique qu'un grand état de faiblesse. Il est plus juste de rattacher ces faits à ceux qui ont donné naissance à la théorie de la décharge. Ce sont des observations analogues à celles que l'on fait dans les asiles sur le mélancolique qui est plus mal après une bonne nuit et qui semble plus lucide après les insomnies et les fatigues, sur les névropathes qui sont améliorés après de grandes crises convulsives, après des marches, des travaux longs et fatigants. Dans tous ces cas la faiblesse, l'épuisement rétablissent une certaine proportion entre la quantité de force et la tension psychologique et diminuent les troubles névropathiques.

Beaucoup d'auteurs ont incontestablement exagéré le rôle des infections tuberculeuses dans les névroses. Sans doute il y a des cas fort nombreux où le malade peut présenter des accidents tuberculeux plus ou moins graves en même temps que des troubles névropathiques, mais cela est loin d'être la règle et dans des observations curieuses que j'ai rapportées autrefois l'évolution de la tuberculose pulmonaire semblait agir comme les maladies épuisantes dont on vient de parler et amenait une transformation des plus heureuses de l'état mental. Claire que j'ai si longuement étudiée dans mon premier travail sur les obsessions a été tourmentée par des obsessions sacrilèges et par des troubles de toutes sortes depuis l'âge de 16 ans jusqu'à l'âge de 32 ans ; mais depuis le moment où la tuberculose pulmonaire est devenue grave jusqu'au moment de sa mort, c'est-à-dire pendant plus de deux ans, l'esprit a été parfaitement libre. Vea., h. 35, était tourmenté de-

puis dix ans par des obsessions superstitieuses, des interrogations anxieuses pour savoir « s'il était religieux ou criminel », des idées vagues de domination qui rappelaient le délire de persécution : la tuberculose qui s'est développée et qui l'a immobilisé presque complètement lui a rendu le calme complet de l'esprit pendant trois ans.

Plus souvent encore des médecins ont exagéré le rôle de la syphilis. Si nous laissons de côté des affections spéciales dans lesquelles des lésions spécifiques bien constatées jouent un rôle incontestable, il est impossible de trouver une relation régulière entre les véritables névro-psychoses et la syphilis : sans doute, il est juste de dire que la syphilis héréditaire par son action sur les dégénérescences organiques a certainement une action prédisposante, sans doute on peut reconnaître que l'apparition de la syphilis peut déterminer des émotions vives et dans certains cas des épuisements, mais ce sont là des influences banales.

Ces réflexions sur les diverses maladies générales nous montrent qu'il n'est pas facile d'appliquer aux névroses l'ancien adage « mens sana in corpore sano », elles nous empêchent d'expliquer trop vite toutes les maladies mentales par des affections organiques banales. Beaucoup d'études sont encore nécessaire, pour préciser les troubles du fonctionnement de l'organisme qui jouent ici un rôle prédominant.

Troubles gastro-intestinaux. — Il y a cependant certains groupes de maladies, ou si l'on préfère certains groupes de symptômes physiques qui accompagnent les névroses avec une régularité beaucoup plus grande, qui semblent avoir plus d'importance dans l'évolution de la névrose elle-même et dont le traitement doit davantage préoccuper le psycho-thérapeute : nous devons placer au premier rang les troubles gastro-intestinaux.

Il est incontestable qu'un grand nombre de malades atteints des diverses formes de la dépression mentale ont présenté ou présentent en même temps des troubles de l'alimentation. Un certain nombre de névropathes se nourrissent d'une manière insuffisante : on les désignait presque toujours autrefois sous le nom d'anorexiques hystériques ; aujourd'hui ce groupe fort confus s'est subdivisé et à côté des véritables troubles hystériques on a distingué les diverses obsessions, impulsions et délires relatifs à l'alimentation. En général il faut se méfier dès le début

des restrictions d'aliments faites par des névropathes sous prétexte de régime ou sous prétexte de pratiques idéalistes. Elles ne tardent pas à s'exagérer et à amener des restrictions et des refus d'aliments de plus en plus graves. Plus fréquemment encore on observe chez ces malades des excès d'alimentation : nous avons bien plus souvent affaire à des névropathes qui mangent trop qu'à des névropathes qui mangent trop peu. Sans parler même des grands boulimiques que des impulsions visiblement pathologiques poussent à manger toute la journée des quantités énormes d'aliments, nous voyons sans cesse un grand nombre de ces malades qui régulièrement absorbent à tous leurs repas des quantités d'aliments évidemment supérieures à la moyenne et surtout supérieures à la quantité qu'ils prenaient avant d'être malades. Cette conduite fréquente est en rapport avec le sentiment perpétuel de dépression et avec l'instinct qui nous pousse à rattacher la faiblesse à la faim et à la traiter par la nourriture. Les malades qui mangent trop sont en effet des malades inertes qui souffrent de sentiments d'incomplétude tandis que les anorexiques sont d'ordinaire des malades remuants chez qui l'agitation dissimule la dépression et qui en raison de l'agitation même éprouvent peu les sentiments d'incomplétude. On voit souvent des sujets, suivant la phase de leur maladie présenter successivement les deux syndromes opposés : Ug., f. 20, par exemple, se comporte d'abord comme une anorexique, elle va et vient de tous les côtés, monte à cheval, suit des cours, passe la nuit à des bals et refuse absolument de rien manger ; puis après dix-huit mois, assez brusquement, elle change d'attitude, se déclare fatiguée, ne veut plus faire aucun travail et refuse même de quitter son lit, mais elle mange toute la journée et exige constamment des tranches de viande froide et des bouteilles de vin sur sa table de nuit. Cette évolution est très fréquente, je l'ai observée dans une douzaine de cas et en général elle indique une aggravation de la maladie. La suralimentation à laquelle ces malades se soumettent dans tous ces cas n'a que de très mauvais effets. La dépression ne diminue pas, bien au contraire elle augmente plutôt par suite de la fatigue imposée aux organes digestifs et par suite des complications qui ne tardent pas à survenir.

Un très grand nombre de névropathes, en effet, surtout au début de leur maladie, à la suite d'excès alimentaires, ou même

indépendamment de ces désordres de l'alimentation, présentent des troubles de la digestion gastro-intestinale. « Tout névrosé, disait déjà Gilles de la Tourette[1], souffre peu ou prou de l'intestin. » Je trouve rapidement, dans les observations auxquelles nous avons sans cesse fait allusion, 60 malades qui éprouvent sans cesse de grands troubles de la digestion, en même temps qu'ils présentent des troubles psychiques. On constate chez eux des douleurs, des brûlures d'estomac, des régurgitations acides, des vomissements, des salivations excessives qui atteignent quelquefois des proportions invraisemblables, comme chez Te., f. 30, qui remplissait des cuvettes de salive, ou bien on observe de l'anorexie, du dégoût, des digestions lentes avec flatuosités, gonflement, stagnation des aliments, dilatation de l'estomac, clapottement, battements épigastriques, etc. Ces symptômes sont désignés suivant les cas par les mots d'hyperacidité, d'hyperchlorhydrie, d'hypersthénie gastrique ou bien sous les noms d'insuffisance gastrique, d'hyposthénie gastrique, de fermentations stomacales, de ptoses gastro-intestinales, d'ailleurs ces divers symptômes se mêlent, se succèdent, alternent les uns avec les autres. Ils amènent souvent à leur suite des maladies graves de l'estomac : j'ai peine à croire que l'ulcère de l'estomac en soit toujours le point de départ comme on l'admet quelquefois[2], mais il est évident qu'il en est souvent la conclusion.

Les troubles de la digestion stomacale, l'atonie de l'intestin, les ptoses du colon transverse, les coudures en rapport avec la ptose déterminent très souvent la constipation chronique. Dans une centaine d'observations on constate des troubles de la digestion intestinale qui sont bien connus depuis les travaux de M. Maurice de Langenhagen[3] sous le nom d'*entérite muco-membraneuse*. La constipation chronique si fréquente chez les névropathes surtout chez ceux qui ont de l'hyperacidité stomacale, détermine des spasmes de l'abdomen, du météorisme ; les selles, rares, dures, laminées, ovillées sont accompagnées de glaires, de fausses membranes, souvent de sang, de temps en temps des débâcles glaireuses déterminent de grandes douleurs : très souvent des flux hémorrhoïdaires complètent le tableau. Ces troubles

1. Gilles de la Tourette, *Les états neurasthéniques*, 1900.
2. Pauchet, Traitement de l'ulcère chronique de l'estomac. *Presse médicale*, 9 octobre 1916.
3. M. de Langenhagen, *Presse médicale*, 1898, p. 7.

de l'estomac et de l'intestin sont extrêmement graves chez les névropathes, ils déterminent de grandes douleurs, ils donnent naissance à des spasmes de toute espèce dans le thorax et dans le ventre qui ne sont pas toujours bien diagnostiqués et qui jouent un grand rôle dans les algies et les phobies. Beaucoup de malades qui se croient atteints d'une maladie de cœur sont simplement des hypersthéniques gastriques.

Pour ne prendre qu'un exemple intéressant, Pépita dont nous avons décrit le singulier état mental présente tous ces troubles de la façon la plus remarquable. Cette femme de 50 ans prétend que ses souffrances de l'estomac et de l'intestin ont commencé à 19 ans, époque à laquelle elle aurait eu une grande crise de cholérine après une indigestion. En réalité les troubles ont commencé plus tôt, car elle avait de l'anorexie à 12 ans et refusait de rien manger à la pension. Depuis cet âge elle se plaint constamment de l'estomac et du ventre où elle localise les sensations les plus étranges. De temps en temps elle a de grandes crises de douleurs, elle sent dans le thorax et dans le ventre des secousses qui la tirent d'un côté ou de l'autre « comme avec des ficelles. Ces mouvements me chavirent, me font croire que je vais tomber, que je perds l'équilibre.. tenez-moi, je vais tomber. » Ces secousses, ces spasmes du tronc ou des membres à la suite de phénomènes d'hyperchlorhydrie sont assez fréquents. Une femme de 40 ans, Sea. est restée deux ans immobile sans oser se lever de sa chaise, « parce que les brûlures d'estomac provoquaient des secousses dans le ventre qui la jetteraient par terre ». Rf., f. 56, à la suite d'une hypersthénie gastrique prolongée sent des battements dans tout le corps et des spasmes qui « descendent jusqu'au vagin et à lanus, elle n'ose plus bouger de peur d'être jetée par terre ». On retrouve ces phénomènes et ce langage dans 7 observations.

Si nous revenons à Pépita nous voyons que peu de temps, un quart d'heure après avoir éprouvé ces spasmes violents, elle est prise d'un grand besoin d'aller à la selle et qu'elle a une grosse diarrhée fétide. Ces diarrhées sont continuelles depuis sa jeunesse : il est rare, tout à fait exceptionnel, depuis trente ans qu'elle ait une selle normale. Elle présente une intolérance complète pour un grand nombre d'aliments : le lait, la crème, les œufs, le bouillon de viande, certains légumes comme les carottes, même absorbés en très petite quantité ou dissimulés provoquent toujours

deux ou trois jours après des accidents redoutables. Après de terribles douleurs du ventre, une énorme diarrhée séreuse ou même sanguinolente détermine la suppression des urines, le refroidissement et des menaces de collapsus. Il y a là des phénomènes qu'il serait juste de rapprocher des phénomènes d'anaphylaxie de M. Ch. Richet. Ces diarrhées glaireuses et infectes s'observent chez beaucoup de malades névropathes. Elles ont commencé chez Aln. dès le début des règles à 13 ans et ne sont pas arrêtées avant la mort à 32 ans. Il en est de même chez Ac. qui depuis la suppression des règles à 18 ans a toujours conservé malgré tous les soins une diarrhée liquide infecte jusqu'à sa mort à 30 ans. Plusieurs malades comme Ar., Te., rendent en outre dans leurs selles une grande quantité de sable et présentent à un haut degré cette diathèse oxalique si bien décrite par M. Lœper.

L'intoxication d'origine alimentaire se manifeste chez Pépita par un état anormal de la peau qui présente au plus haut degré le phénomène du dermographisme. Une fois, à la suite d'une de ces violentes réactions anaphylactiques auxquelles je viens de faire allusion, elle a présenté une extraordinaire éruption d'érythème qui a envahi presque tout le corps. Les éruptions se présentaient sur la face, sur les parties génitales, sur la partie externe des bras et des mains, sur la partie antérieure des cuisses et des jambes, par grands placards absolument symétriques qui donnaient naissance au bout de quelques jours à des croûtes épaisses et celles-ci tombèrent lentement sans laisser aucune trace. Ces éruptions ont été précédées, accompagnées et suivies de douleurs dans la peau et dans les muscles que la malade comparait sans cesse à des morsures, à des frottements par des orties, à des frictions de verre pilé. On peut trouver dans les ouvrages des dermatologistes en particulier dans le livre de M. Brocq, à propos de l'érythème ferox, des descriptions analogues. Ces troubles dermographiques, les érythèmes, les lichens, les eczémas, les urticaires surtout sont fréquents chez les névropathes, je les retrouve dans une vingtaine d'observations. Peut-on rattacher à des troubles du même genre le phénomène si curieux de la langue noire qui coïncide chez Irène avec les grandes dépressions. ?

Malgré tous ces accidents, malgré cette diarrhée rebelle et ces difficultés d'alimentation Pépita est une femme obèse : quoique de petite taille, elle a pesé 93 kilogrammes. J'ai rencontré de

grandes difficultés quand j'ai voulu la faire maigrir, car malgré des restrictions énormes d'alimentation le poids ne diminuait pas ; il a fallu deux ans de surveillance rigoureuse et de diète presque continuelle pour obtenir une diminution d'une douzaine de kilos. Ce caractère se retrouve chez Noémi, chez Ar., et chez une dizaine d'autres malades qui engraissent au début des grandes dépressions. Enfin je dois signaler que dans plusieurs observations on retrouve des maladies de foie bien caractérisées qui accompagnent la psychose et que la lithiase biliaire en particulier est fréquente chez les psychasténiques.

Ces maladies gastro-intestinales qui accompagnent les troubles de la dépression mentale se développent dans les mêmes conditions que les troubles mentaux après des fatigues et des émotions. Il n'est pas nécessaire d'insister pour rappeler que les anorexies et les boulimies névropathiques apparaissent presque toujours à la suite de bouleversements émotionnels.

Les crises d'hypersthénie gastrique apparaissent chez Noémi dans la nuit qui suit des émotions comme les obsessions elles-mêmes, elles surviennent chez Ph., f. 20, après des chagrins d'amour, chez Oe., h. 45, dans les journées qui suivent une consultation médicale et la décision d'une opération, chez Sea., après la nouvelle de la mort de son fils. Les crises d'entérite de beaucoup de malades recommencent après chaque émotion ; souvent aussi on observe la même période d'incubation que dans les accidents mentaux : Ng., h. 30, par exemple, a eu un grave accident de chasse qui lui a broyé la main gauche et a dû subir l'amputation du pouce. Un mois après il commence une grande entérite muco-membraneuse qui s'est prolongée pendant des années. La guérison de ces accidents viscéraux sauf des exceptions sur lesquelles nous aurons à revenir acccompagne souvent la guérison complète de la névrose : beaucoup de nos malades n'ont plus d'entérite comme ils n'ont plus d'obsessions. Pendant les périodes de guérison momentanée que nous avons appelées des périodes d'excitation, Lise, Pépita et beaucoup d'autres digèrent parfaitement et les circonstances qui déterminent ces guérisons des troubles digestifs sont encore du même genre. On connaît bien cette observation si souvent reproduite d'une femme atteinte d'entérite depuis des années qui fut complètement rétablie après l'incendie de sa maison et nous avons vu l'entérite d'Héloïse disparaître après la lecture d'une lettre d'amour.

Toutes ces observations faciles à multiplier ont inspiré une théorie que l'on pourrait appeler *la théorie gastro-intestinale des névroses*. Même sans considérer les cas extrêmes de délire de maigreur et de sitieirgie, on peut admettre qu'une alimentation insuffisante n'est pas sans influence sur le développement d'une maladie de faiblesse et d'hypotension. Récemment encore M. A. F. Plicque rattachait à l'insuffisance de l'alimentation une foule de troubles neurasthéniques[1]. Inversement plusieurs auteurs, comme M. Pascault (de Cannes), M. Guelpa, M. Vigouroux, ont étudié les mauvais effets de cette suralimentation très générale et ont rattaché la neurasthénie à une alimentation excessive et surtout à l'excès de nourriture carnée. M. J. Laumonier, dans une étude intéressante sur le traitement de la paresse chez les enfants[2], considère les paresseux comme des individus intoxiqués par une alimentation trop abondante et trop excitante qui amène une activité hyperfonctionnelle et un épuisement. On admet communément que des intoxications d'origine externe déterminent des troubles mentaux. On a pu démontrer de même depuis longtemps que des intoxications d'origine interne jouent un rôle essentiel dans des psychoses particulières. Lasègue[3] autrefois et plus récemment M. Chaslin ont montré qu'il fallait rattacher à des phénomènes de ce genre les états de confusion mentale et de délire onirique[4]. Bien des auteurs, suivant la direction indiquée autrefois par Bouchard dans ses discussions contre Charcot, ont voulu étendre cette notion et considèrent la plupart des névroses comme des conséquences de l'auto-intoxication en rapport avec des troubles gastro-intestinaux.

Ces interprétations, quoique intéressantes, me semblent prématurées. On a beaucoup abusé de l'auto-intoxication dans les psychoses. Elle est quelquefois réelle et se traduit par ses signes cliniques ordinaires, troubles du foie, troubles cutanés, névrites, confusion mentale, etc. Ce tableau clinique se retrouve sans doute souvent chez un certain nombre de névropathes, ce qui montre que chez eux l'intoxication se produit facilement et qu'elle com-

1. A. F. Plicque, Maladies par insuffisance d'alimentation. *Journal de médecine et de chirurgie*, 10 nov. 1917.
2. J. Laumonier, Traitement de la paresse. *Bulletin général de thérapeutique*, 23 fév. 1913.
3. Lasègue, Catalepsies partielles et passagères. *Archives générales de médecine*. 1865; *Études médicales*, I, p. 899.
4. Chaslin, *La confusion mentale primitive*, 1895.

plique et aggrave la névrose ; mais on ne peut pas dire qu'il soit constant et que tout état névropathique soit identique à un état d'intoxication. Au point de vue mental il ne faut pas confondre les dépressions des névropathes avec les confusions des intoxiqués : ce sont là des états mentaux tout à fait différents. On peut les distinguer quelquefois chez le même sujet : j'ai décrit autrefois un accident de stercorrhémie survenue chez Nadia, jeune femme qui présentait à un degré remarquable l'état mental des psychasténiques. Cet état maladif qui a duré trois mois, qui a déterminé des accidents névritiques et de la confusion mentale avec rêvasserie, tranchait complètement sur l'état ordinaire du sujet qui après guérison de cette confusion surajoutée revint aux obsessions ordinaires. Au point de vue physique, il faut reconnaître qu'il y a un grand nombre d'individus qui ont la conduite des névropathes et qui n'ont aucunement les symptômes, ni l'aspect des individus intoxiqués.

Tous les névropathes n'ont pas des troubles de la digestion et des ptoses viscérales, les exceptions sont très nombreuses. Chez ceux-là mêmes qui en présentent, il n'y a pas toujours coïncidence entre les deux catégories de troubles. Nous avons déjà fait allusion à la forme singulière qu'a prise la maladie de Mf., f. 50 : cette femme a eu pendant de longues années une entérite nerveuse extrêmement grave sans présenter en même temps de troubles mentaux bien nets. Puis elle a eu de grandes dépressions mentales avec obsessions hypocondriaques portant précisément sur sa digestion intestinale. Mais ce qui est étrange et plutôt risible, c'est que, au moment où elle délire sur son intestin, celui-ci se porte fort bien et que l'entérite a absolument disparu.

Il me semble intéressant de rappeler à ce propos une observation clinique assez curieuse, c'est que ces troubles de l'estomac, de l'intestin, de la peau, ces auto-intoxications qui accompagnent souvent les formes légères des névroses sont beaucoup plus rares dans les formes graves des psychoses. Autant les hypersthénies gastriques, les ptoses abdominales, les entérites glaireuses, les troubles cutanés, sont fréquents en ville et dans la clientèle des maisons d'hydrothérapie, autant ils sont rares dans les véritables asiles d'aliénés. C'est là un fait que j'ai eu souvent l'occasion de discuter avec M. Arnaud dans son établissement de Vanves. Les précautions de régime, les traitements alcalins, les lavages intestinaux y sont tout à fait exceptionnels, tandis qu'ils consti

tuent la pratique courante des maisons qui reçoivent des névropathes. Bien mieux, les mêmes malades qui, dans la première période de leur maladie, quand ils n'avaient que des obsessions ou des phobies, présentaient des troubles digestifs cessent de les présenter quand ils entrent à l'asile dans un état de profonde mélancolie ou de délire. Sophie, psychasténique depuis l'âge de 16 ans, avec obsessions de scrupule, obsessions d'indépendance, fugues, etc., se plaignait constamment de son estomac et de ses intestins ; elle a dû suivre pendant dix ans le régime des entéritiques. Quand vers 27 ans elle est tombée dans une dépression bien plus grave, avec délire asthénique tout à fait remarquable, il n'a plus été question de son estomac ou de son intestin. Quand dans son grand délire elle s'efforçait de manger ses matières fécales, elle saisissait des matières parfaitement moulées, tandis que pendant dix ans auparavant elle n'avait que des diarrhées glaireuses. Il en est exactement de même pour Émile, qui pendant les deux ans de son délire asthénique n'a jamais eu une crise d'entérite et qui après son rétablissement a recommencé ses crises d'entérite comme auparavant.

J'observe le même fait chez les malades qui passent de la dépression psychasténique à la démence asthénique. Il n'est plus jamais question de troubles de la digestion chez Adèle ni chez Agathe depuis qu'elles sont en démence, tandis que ces troubles étaient perpétuels chez elles auparavant. Quand elles étaient dans leur famille ou dans des maisons d'hydrothérapie avec des troubles névropathiques, aboulie, doutes, obsessions, ces deux sœurs jumelles présentaient l'une et l'autre un trouble bizarre des sécrétions qui donnait naissance à une singulière odeur de bête fauve : cette odeur était abominable le matin dans leur chambre à coucher malgré des soins excessifs de propreté. Depuis qu'elles sont en démence dans un asile on n'observe plus jamais cette odeur. On peut faire une observation analogue chez Sita., f. 28 et chez Noémi qui au début de ses crises de dépression et d'obsession de la mort, répand autour d'elle par la peau et surtout par les selles une étrange odeur de caoutchouc brûlé. Quand la dépression est plus avancée et tant qu'elle est grave il n'y a plus rien de semblable. Je pourrais rapporter beaucoup d'autres observations pour montrer que les troubles digestifs et sécrétoires qui existent en dehors des véritables symptômes névropathiques ou qui accompagnent souvent les premiers degrés de la dépression psycholo-

gique disparaissent en grande partie quand il s'agit de perturbations psychologiques plus graves.

Bien que ce fait soit aujourd'hui très difficile à interpréter complètement, il ne doit pas nous surprendre car nous avons déjà étudié des phénomènes analogues, en particulier à propos des crises d'hystérie et des migraines. Certaines réactions se présentent dans les premiers degrés de la dépression, quand il y a des essais de relèvement, des changements rapides de la tension en divers sens, des décharges et des détentes, et elles n'existent plus quand le niveau décidément plus abaissé reste plus stable. Quoi qu'il en soit de ces interprétations, la constatation de ces phénomènes singuliers doit nous rendre circonspects et nous empêche de considérer les troubles digestifs et l'auto-intoxication comme un élément constant et essentiel de la névrose. Sans doute si on admet à priori que tout fonctionnement des organes dépend d'un changement chimique, ce qui est probable, que toute altération de ce fonctionnement est en rapport avec une intoxication de la cellule nerveuse et de la cellule musculaire, on pourra considérer également les névroses comme des intoxications. Mais ce sont là des propositions générales et théoriques qui n'ont pas de valeur pratique. En fait, il y a de l'intoxication au cours des névroses et même de l'intoxication facile, mais la névrose elle-même dans son ensemble ne se comporte pas comme une des intoxications que nous connaissons et son traitement est malheureusement beaucoup plus complexe.

Les troubles circulatoires et glandulaires. — La même étude doit être faite à propos des fonctions circulatoires et elle donnera plus tard des résultats encore plus intéressants. Il ne s'agit pas de grossières lésions cardiaques qui, chose curieuse, s'accompagnent rarement de troubles névropathiques ; il s'agit de troubles fonctionnels du cœur, de troubles dans la vitesse et dans la force de ses pulsations et surtout de modifications dans la circulation périphérique en rapport avec la contraction ou le relâchement des petits vaisseaux.

Les modifications de la vitesse du pouls sont très fréquentes chez les névropathes et devraient être plus étudiées. Je constate le ralentissement permanent dans cinq observations : il est remarquable chez Noémi, dont le pouls est constamment entre 50 et 65 et qui a toujours, toutes les cinq ou douze pulsations au maxi-

mum, des faux pas du cœur, des pulsations qui manquent ou qui ne parviennent pas à la périphérie. Les exagérations de la vitesse cardiaque sont plus fréquentes. Je laisse de côté les véritables Basedow que l'on a séparés, peut-être à tort, mais je signale 22 observations que l'on pourrait grouper sous le nom de faux-Basedow, de Basedow sans goitre et sans exophtalmie. Analogues aux malades si bien étudiés par M. L. Alquier, ces malades ont constamment le pouls entre 90 et 120, ils ont des bouffées de chaleur, des sueurs, des diarrhées. Pépita est de ce genre, elle a constamment un pouls entre 90 et 100, il en est de même de Céline, de Jsa. Cette accélération de la vitesse du pouls est surtout marquée quand les malades se mettent debout, ainsi que l'avait observé M. Pron chez les dyspeptiques gastriques et intestinaux.

La pression du sang chez les névropathes mesurée avec l'oscillomètre de Pachon est fort variable, elle oscille fréquemment, elle est anormale chez beaucoup de malades. Il y a un type à pression élevée, 18 à 23, comme Pépita. Mais il me semble que plus fréquemment, surtout chez les psychasténiques jeunes, on observe une pression trop basse. Chez Irène, Vv., Ej., on constate difficilement quelques petits mouvements de l'aiguille entre 10 et 8 et c'est tout. Ces malades, qui ont constamment froid, ont les pieds et les mains bleuâtres, sont disposées aux syncopes. Je n'ose pas dire que des manifestations différentes de la névrose se rattachent à l'un ou à l'autre type : la même aboulie avec les mêmes troubles se retrouvent chez Pépita, qui a 23, et chez Irène, qui marque difficilement 8 ; peut-être peut-on observer que les pressions basses sont plus fréquentes chez les déments asthéniques.

Dans un petit nombre de cas très nets, dans un cas surtout qui est fort remarquable, j'ai observé des modifications de la température centrale que je signale avec toutes réserves. Céline, jeune fille âgée actuellement de 34 ans, et que je suis depuis plus de dix ans, est une déprimée psychasténique avec aboulie, inertie, doutes, scrupules, manies génitales et obsessions d'amour : son état mental est simple et typique. Quand je l'ai examinée pour la première fois à l'âge de 23 ans, j'ai observé que cette jeune fille avait non seulement le pouls entre 100 et 110, mais qu'elle présentait constamment une élévation de la température centrale de plus d'un degré au-dessus de la normale. Malgré l'apparence d'une bonne santé et malgré l'absence de tout signe stéthosco-

pique appréciable, j'ai un peu rapidement peut-être éveillé l'inquiétude de la famille en parlant de soupçon de tuberculose. Je dois constater maintenant, sans chercher à interpréter, qu'au point de vue de la santé physique les choses sont restées exactement dans le même état depuis onze ans. Cette jeune fille, âgée maintenant de 34 ans, a fait quelques progrès au point de vue mental, physiquement elle semble se porter très bien, elle se nourrit correctement, ne maigrit jamais et garde un poids normal, plutôt fort pour sa taille ; elle ne tousse jamais et n'a jamais présenté aucun signe suspect à l'auscultation. Elle agit peu, mais son action est entravée bien plutôt par son état mental que par sa santé physique. Elle avait été au début mise au repos à peu près complet, mais depuis plusieurs années elle marche et remue d'une manière à peu près normale. Mais elle a constamment conservé une température vaginale ou rectale entre 37,5 et 38,5 quand elle est au repos. Cette température s'élève avant les règles et pendant plusieurs jours ne descend guère au-dessous de 38, elle s'abaisse après les règles à 37,5. Il suffit de la moindre marche pour que la température s'élève tout de suite à 38,6, mais elle baisse vite après quelques minutes de repos. La malade n'est aucunement gênée par cette température anormale, tandis qu'elle se plaint de fièvre si elle a un peu de grippe qui n'élève que très peu sa température ordinaire. En un mot, voici 11 ans que cette personne sans aucun trouble apparent de la santé physique présente constamment un pouls à 100 et une température de un degré au moins au-dessus de la normale. Faut-il rattacher ces troubles à une tuberculose ganglionnaire latente ? Faut-il les ranger dans les troubles thermiques des faux Basedow ? L'ancienne fièvre hystérique est-elle tout à fait une absurdité ?

Les troubles de la circulation périphérique par dilatation passive ou par spasme des vaso-moteurs sont beaucoup plus importants et plus fréquents. Un grand nombre de ces malades présentent à tout instant des rougeurs ou des pâleurs de la peau sur différentes régions et on peut vérifier en ces endroits des changements notables de la température périphérique. Irène, que j'ai particulièrement étudiée à cet égard, a presque toujours une température centrale assez basse, 36,2 ou 36,5 dans le vagin ou dans l'anus, et elle a les mains et les parties découvertes de la peau plutôt froides. Quand elle est mal disposée au début des grandes dépressions, sa température centrale semble s'abaisser

encore, j'ai constaté une fois 35,4 et elle a de grandes plaques rouges sur la figure et les mains qui deviennent chaudes, ce qui la gêne beaucoup. Pendant l'état de dépression, elle se plaint à la fois de ces plaques chaudes et d'autres plaques froides qui apparaissent aux genoux, aux fesses, à la poitrine, au cou. Certaines de ces plaques froides deviennent quelquefois tout à fait douloureuses. Elle a la sensation de grosses gouttes tantôt d'eau très chaude, tantôt d'eau glacée qui tombent sur ses bras et l'endroit où se produit cette sensation devient rouge ou plus pâle. Souvent ces mêmes endroits deviennent le lendemain bleuâtres et présentent une véritable ecchymose. L'apparition de ces plaques ecchymotiques annonce une mauvaise période et sa famille attendait une période de crises et de dépression, quand elle constatait une tache bleuâtre sur la joue gauche.

J'ai publié autrefois comme une observation singulière le cas d'un homme qui se plaignait d'avoir constamment froid sur la partie externe d'une jambe et j'ai signalé une relation curieuse entre ce refroidissement localisé et le souvenir d'une ancienne impression qu'il avait éprouvée en couchant une nuit sur la terre gelée. Mais ce fait est loin d'être exceptionnel : comme je l'ai signalé il y a vingt ans, dans beaucoup de paralysies hystériques même incomplètes on observe une différence notable de température entre les deux membres symétriques, et le côté parésié est certainement le plus froid. Cela est visible chez Lydia qui, dans presque toutes les dépressions, présente de la faiblesse du côté droit. Ce refroidissement n'est pas dû à l'absence de mouvement car elle remue encore le bras droit bien qu'il soit plus faible. D'ailleurs, ces refroidissements s'observent aussi sans parésie. Kf., f. 46, comme Ej., f. 41, ressentent depuis des années des crises de froid sur le côté droit sans aucun trouble du mouvement. Gt., h. 30, a souvent des plaques froides entre les épaules. Quand son nez devient blanc et qu'il a une plaque rouge et brûlante à la nuque, il tombe rapidement dans des états de dépression grave. C'est à ce moment que « le soleil n'est plus le même, que tout devient gris, que tout devient incompréhensible et comme dans un rêve... » Pépita de même a des plaques glacées sur le devant des jambes, des plaques d'abord rouges et chaudes, puis pâles et gelées aux bras, aux oreilles, aux joues. Elle constate, comme Irène, que ces plaques, surtout quand elles siègent aux bras, deviennent souvent bleues le lendemain et

laissent longtemps la trace d'une forte ecchymose, sans qu'il y ait eu le moindre coup. Depuis que mon attention a été attirée sur ces faits, j'ai recueilli chez des névropathes une dizaine d'observations analogues aux précédentes, car ces troubles de la circulation périphérique sont vraiment fréquents chez ces malades.

Ces troubles de circulation peuvent atteindre des organes plus profonds. Mme Z. et trois autres malades se plaignent d'avoir des crises très douloureuses de froid « dans les yeux qu'on ne parvient pas à réchauffer même en les couvrant de coton ». Chez deux de ces malades il y a en même temps des phénomènes d'asthénopie et j'ai souvent insisté sur les troubles bizarres de la vision de Mme Z.. Mais le fait n'est pas général, car chez les trois autres le froid aux yeux ne s'accompagne d'aucun trouble de la perception visuelle. D'ailleurs, une autre malade, Emma, qui a de grands troubles d'asthénopie, ne présente pas le froid aux yeux. Pépita a de terribles crises de froid ou de chaleur dans l'anus ou dans le vagin. Elle a eu autrefois des crises de congestion utérine terrible sans infection proprement dite. Ces congestions de l'utérus amenaient les troubles les plus bizarres analogues d'ailleurs à ceux qu'elle présente maintenant à propos de son estomac. Le moindre mouvement du corps lui donnait l'impression d'un grand déplacement dans le bas-ventre avec sentiment de vertige et de projection du corps d'un côté ou de l'autre. Irène a des congestions ou des pâleurs livides du pharynx et même des cordes vocales comme le fait a été constaté au cours d'un examen laryngologique. Ces troubles amènent des aphonies subites qui disparaissent tout d'un coup quand la circulation se rétablit. De tels troubles de circulation peuvent être constatés dans tous les organes accessibles à l'observation.

Le phénomène des règles chez les femmes est à la fois en rapport avec la régulation de la circulation périphérique et avec le foctionnement des glandes à sécrétion interne. Il est important de constater les troubles qu'il présente à peu près régulièrement au cours des névroses. Il est rare de rencontrer une femme atteinte sérieusement de névrose dépressive qui conserve des règles absolument normales. Tantôt les règles sont simplement douloureuses et s'accompagnent de toutes sortes de spasmes des organes abdominaux : les souffrances aux règles qui amènent des évanouissements, des vertiges, des attaques, sont souvent les premières

manifestations de la névrose. En même temps les règles deviennent irrégulières, trop rapprochées ou le plus souvent trop écartées. Souvent dans ce dernier cas les règles qui reviennent après un long intervalle sont hémorragiques. Chez Irène, les règles n'avaient plus de date précise, elles revenaient après six semaines ou trois mois, elles étaient annoncées pendant une dizaine de jours d'abord par des spasmes du ventre, puis par une ptose abdominale complète et en même temps par des gonflements très douloureux des seins, par des congestions souvent graves de la gorge et des poumons. Dès le début, les règles étaient excessives et devenaient rapidement hémorragiques. Pendant une dizaine de jours la malade perdait du sang à flots et rendait de gros caillots. Cette forme de règles irrégulières, tardives, précédées par des congestions de la poitrine et très hémorragiques est assez fréquente : elle se retrouve tout à fait avec les mêmes caractères chez Pépita, chez qui ces pertes énormes semblent avoir précédé le début de l'obésité, et chez six autres malades.

Chez d'autres malades ou quelquefois chez les mêmes personnes, à d'autres périodes, on peut observer des phénomènes en quelque sorte inverses. Céline a ses règles en avance tous les quinze jours, mais elle perd excessivement peu pendant une journée ou deux. Souvent ces règles ainsi diminuées disparaissent complètement pendant un temps plus ou moins long. Sophie nous offre un exemple remarquable d'alternance des deux formes de ces troubles. D'ordinaire pendant les périodes où elle est simplement aboulique, scrupuleuse, obsédée, elle a des règles douloureuses et hémorragiques ; puis quand elle entre dans les périodes d'agitation avec grand délire asthénique elle n'a plus du tout ses règles et l'interruption s'est prolongée une fois deux ans.

Tous ces troubles de la circulation peuvent être résumés par l'expression dont se servait déjà M. Alquier : on constate chez ces malades un ensemble de troubles vaso-moteurs avec instabilité cardio-vasculaire. Il est même quelquefois possible de mettre ces troubles en évidence par certaines vérifications : la recherche de la réaction vaso-motrice après une pression sur la peau ou sur l'ongle, l'étude de la rougeur diffuse qui suit une impression vive sur un point de la peau, la constatation du dermographisme confirment l'importance de ce déséquilibre vaso-moteur.

Enfin il n'est pas difficile d'établir une relation entre ces trou-

bles circulatoires et les modifications de l'état mental. Les crises de tachycardie de Jg., h. 30, ont été déterminées par la destruction de son usine pendant la guerre et d'ailleurs on sait que les émotions de la guerre ont considérablement augmenté le nombre des Basedow ou des pseudo-Basedow. La plupart des autres troubles vaso-moteurs ont commencé de même ou ont été aggravés par des émotions. Dans certaines observations, comme dans celle d'Irène on note le changement complet de la circulation pendant le somnambulisme complet et pendant les périodes d'excitation. Dans la plupart des observations les règles ont été modifiées par l'un de ces phénomènes qui agissent également sur l'état mental et nous avons sans cesse décrit les transformations de la névrose qui sont en rapport avec les règles.

Ces remarques conduisent naturellement à étendre encore davantage le rôle de ces troubles circulatoires dans les névroses et sans dépasser l'hypothèse permise, de les faire intervenir dans beaucoup d'autres troubles névropathiques. Quand des malades comme Uk., h. 40, comme Adèle et Agathe gémissent indéfiniment sur leurs « mouches volantes » : « j'ai toujours de la pluie devant les yeux, il me semble que je vois tomber la grêle, c'est un jet d'eau qui retombe perpétuellement et cela rend triste », n'y a-t-il pas quelque trouble congestif des membranes de l'œil. Quand les malades se plaignent, comme cela est si fréquent d'avoir constamment les narines et la gorge sèches, ou au contraire quand ils présentent de la rhinnhorrée, du rhume des foins dont on a observé le grand rôle dans les crises de Lox, n'est-il pas juste de faire intervenir des troubles de circulation du cavum et du pharynx. Enfin nous observons chez beaucoup de ces malades, des œdèmes, le plus souvent transitoires, quelquefois assez prolongés. On a beaucoup trop protesté contre les œdèmes névropathiques, si leur interprétation est délicate, leur existence est incontestable. Qi., f. 40, pour prendre un exemple parmi beaucoup d'autres, en présente d'énormes à propos de la moindre pression sur la peau ou même sans raison visible. Elle ne peut pas porter au bras un panier léger, ou tenir une fleur entre ses doigts, sans présenter un gros bourrelet dur sur le bras, ou sans avoir les doigts enflés pendant plusieurs heures. D'ailleurs le dermographisme de ces malades n'est pas contesté et il est du même genre. Il est bien probable que ces œdèmes ont pour point de départ ces mêmes troubles circulatoires périphériques.

Si on pousse l'hypothèse un peu plus loin on n'hésitera pas à dire que les migraines qui jouent un rôle si curieux dans ces maladies dépendent d'un spasme artériel de l'encéphale, cela semble bien vraisemblable. A tous les arguments bien connus qui justifient cette hypothèse on peut ajouter cette observation, c'est que dans plusieurs cas les migraines se mêlent à des phénomènes dans lesquels le rôle des troubles circulatoires est bien visible. Lox., dans certaines périodes a d'abord de la rhinorrée avec larmoiement et congestion de la face, avec troubles circulatoires bien visibles. Puis quand le nez se décongestionne et se tarit, survient de l'asthme avec troubles circulatoires des bronches et souvent l'asthme alterne avec des migraines.

Ne peut-on pas aller plus loin? Certaines crises d'angoisse s'accompagnent de lividité de la face, de sentiment de choc dans la tête, de vertiges, de peurs et de sentiment de s'évanouir : « Il me semble que ma vitalité s'en va, je perds le sentiment de moi, cela me tue, c'est comme si j'allais mourir... » Ne s'agit-il pas de spasme des vaisseaux du cerveau et peut-être même du bulbe? Des malades comme Lydia arrêtent ces angoisses en avalant des verres de Champagne qui congestionne. J'ai fait à plusieurs reprises une vérification curieuse chez Irène et chez Lydia, c'est qu'on peut arrêter net de grandes crises d'angoisse en faisant respirer au malade une ampoule de Boissy au nitrite d'amyle qui détermine une violente dilatation vasculaire dans beaucoup d'organes. Ne peut-on pas supposer que dans les troubles digestifs précédemment décrits interviennent des phénomènes du même genre. Nous constatons la congestion intense du pharynx, n'est-il pas vraisemblable que cette congestion est la même dans l'œsophage, dans l'estomac, dans l'intestin. Beaucoup d'auteurs ont admis que l'entérite muco-membraneuse relevait de troubles de circulation. Quand Ac., f. 25, présente une grande diarrhée séreuse dès qu'une personne vient d'entrer brusquement dans la chambre, ne peut-on pas dire que sous le coup de l'émotion elle a rougi dans son intestin. L'interprétation des névroses par les troubles circulatoires peut être étendue aussi bien que l'interprétation par l'auto-intoxication.

Aussi est-il naturel que ces observations aient donné naissance à un second groupe de théories physiologiques des névroses. Le Dr. Savill en particulier, dans son livre « Clinical lectures on neurasthenia », 1906, fait observer que de sérieuses modifications

de fonctions peuvent se présenter sans modification de la structure de l'organe quand il y a insuffisance de la quantité de sang qui y coule et que cette quantité est réglée par les vaso-moteurs. Dans les attaques de nerfs, dit-il, il est probable qu'il y a anémie du cerveau en même temps que congestion de l'aire splanchnique. La plupart des névroses dépendent de troubles circulatoires de ce genre et peuvent être appelées justement névroses vaso-motrices ou angio-névroses.

Les observations relatives aux troubles des règles, hémorragies ou insuffisances, précédées ou suivies de perturbations générales éveillent aujourd'hui la pensée non seulement d'une maladie de la circulation périphérique mais d'une maladie d'organes réglant la circulation elle-même : elle nous fait penser à des troubles de la sécrétion interne de certaines glandes. Les oscillations de la sécrétion des glandes ovariennes qui sont elles-mêmes en relation avec les règles doivent avoir un rôle dans ces troubles périodiques. Les altérations des règles, les paresthésies, les bouffées de chaleur que nous observons chez ces sujets se rattachent probablement à des troubles de la sécrétion ovarienne. La fatigue continuelle que nous avons notée si souvent, la faiblesse et l'instabilité de la pression artérielle attirent l'attention sur des troubles d'origine surrénale.

La démonstration la plus complète semble pouvoir être faite à propos des troubles de la sécrétion thyroïdienne qui d'ailleurs est la mieux connue. Ces malades qui digèrent mal, qui ont de la constipation, de l'entérite muco-membraneuse, de l'obésité, une disposition aux auto-intoxications faciles, aux angines à répétition, une circulation défectueuse avec des refroidissements, des œdèmes localisés plus ou moins transitoires, des règles douloureuses, en retard, très hémorragiques, de la frilosité, etc., ne rappellent-ils pas la description des hypothyroïdiens si bien étudiés par MM. Léopold Lévy et de Rothschild. On peut même facilement retrouver chez eux les autres symptômes de l'hypothyroïdisme, les migraines dont nous avons vu l'importance, les cheveux secs et cassants et même chez quelques-uns le signe du sourcil. D'autres malades qui ont des congestions locales, de la diarrhée, de l'amaigrissement, un pouls toujours trop rapide, une température élevée, des sueurs, des règles insuffisantes, ne font-ils pas penser au Basedow et aux hyperthyroïdiens. Enfin

beaucoup de malades dont les symptômes sont variables et alternants ne présentent-ils pas évidemment ce que l'on a pu appeler le déséquilibre thyroïdien ?

Les modifications si intéressantes des névroses au cours de la grossesse peuvent être interprétées de la même manière. Pour expliquer ces modifications on a parlé quelquefois d'un changement de position et d'équilibre des viscères abdominaux : la ptose de l'estomac et du colon transverse serait momentanément guérie par le développement de l'utérus « qui jouerait le rôle d'une pelote interne ». Cette remarque peut être juste dans certains cas, mais il faut observer que toutes les malades chez lesquelles j'ai noté cette influence de la grossesse, n'avaient pas de ptoses manifestes en dehors de la grossesse. On sait d'autre part que pendant les grossesses il y a des modifications importantes des sécrétions, en particulier de la sécrétion du corps thyroïde, modifications faciles à mettre en évidence par maintes observations et il est plus probable que cette exagération momentanée de la sécrétion thyroïdienne transforme pendant un certain temps l'évolution de la maladie.

Chez quelques malades on peut entrevoir l'altération initiale des glandes vasculaires. Lema., f. 37, actuellement aboulique avec phobie de la fatigue, etc. et présentant un tableau typique d'hypothyroïdisme, semble avoir été normale jusqu'à l'âge de 16 ans. A ce moment elle subit une atteinte grave de la maladie des oreillons et c'est à la suite de cette maladie qu'elle présenta une grande inflammation de la gorge et de la région du cou. Immédiatement après cette maladie les règles devinrent hémorragiques et la névrose se développa. N'est-il pas possible que les oreillons aient été le point de départ de troubles des ovaires et du corps thyroïde ? Combien de malades présentent depuis des années une pharyngite chronique qui a supprimé l'odorat qui descend dans la trachée et détermine sans cesse des inflammations de la région du larynx ? On voit très bien chez Irène que l'inflammation chronique du pharynx a déterminé des modifications de la région, comme l'atrophie des aymgdales. N'est-il pas possible que ces altérations aient gagné la région du larynx et le corps thyroïde et déterminé dans la jeunesse des lésions qui ont amené cet état d'hypothyroïdisme manifeste.

Puisque les névroses nous paraissent être des troubles dans l'évolution. de l'individu, il est naturel de les rattacher à des

modifications d'organes qui ont précisément pour rôle de régler l'évolution de l'organisme. MM. Léopold Lévy et de Rothschild qui ont spécialement étudié le corps thyroïde considèrent le neuro-arthritisme comme un déséquilibre thyroïdien. L'hérédité du tempérament arthritique serait une hérédité thyroïdienne : « le corps thyroïde peut être comparé à une source d'énergie capable de mettre en mouvement le système nerveux mais qui ne saurait donner des qualités à ce moteur ». Comme la névrose n'est pas une défectuosité dans le moteur lui-même, mais qu'elle consiste surtout en une diminution de tension dans l'activivité du moteur, en une sorte d'hypo-fonctionnement, elle semble d'après ces auteurs devoir être considérée avant tout comme une insuffisance du corps thyroïde.

Ces dernières théories circulatoires et glandulaires des névroses me paraissent fort importantes et il n'est pas impossible que l'interprétation physiologique des névroses ne doive peu à peu s'orienter dans cette direction. Malheureusement ces théories sont encore aujourd'hui trop générales et trop vagues pour qu'il soit possible d'en tirer immédiatement des conséquences pratiques. Parler simplement de congestion ou d'anémie du cerveau ou même de certaines parties du cerveau, cela n'explique en aucune manière ni les aboulies, ni les obsessions, ni les délires et cela ne permet guère d'en aborder le traitement. D'autre part avant de pousser plus loin ces conceptions des névroses il serait nécessaire d'établir d'une manière plus précise la correspondance de ces troubles physiologiques avec les altérations de la conduite. Est-ce que tous les individus qui présentent des troubles de la circulation, est-ce que tous les malades qui présentent des troubles de la sécrétion thyroïdienne sont toujours des névropathes ? Je n'ai pas pour ma part le moyen de conclure : je rappelle seulement l'observation d'une femme de 30 ans qui présentait depuis son enfance, du véritable myxœdème et qui avait été transformée par le traitement thyroïdien. Elle avait toujours besoin de la médication thyroïdienne et pendant certaines périodes elle en manquait et était bien alors en état d'hypothyroïdisme : cependant même à ces moments elle n'avait rien d'une véritable névropathe. Il y a encore beaucoup d'études à faire sur les modifications des sécrétions de ces glandes vasculaires, avant de voir nettement le rôle partiel qu'elles jouent, dans la pathogénie des névroses.

Tout ce que nous pouvons dire aujourd'hui c'est que les névroses et les psychoses expriment une diminution d'activité dans l'évolution de l'être vivant, que cette diminution porte à la fois sur les fonctions nerveuses et musculaires qui se manifestent par la conduite et sur les fonctions digestives, circulatoires et trophiques qui gouvernent la vie des viscères. Toutes ces fonctions sont troublées de la même manière, par la disparition des parties supérieures de la fonction et par exagération des inférieures, elles présentent des arrêts, des agitations et des dérivations dont nous ne pouvons pas toujours connaître le sens ou les détails. Suivant les cas considérés les troubles de la conduite ou les troubles des viscères semblent avoir la plus grande importance, mais il ne me semble pas possible de rattacher toujours l'un de ces troubles à l'autre. Ils dépendent tous les deux d'un trouble plus profond de l'évolution vitale que nous connaissons mal.

Une de nos observations précédentes peut nous permettre de résumer cette discussion. Ie. était jusqu'à l'âge de 25 ans une jeune fille physiquement bien portante et d'un état moral normal. A la suite de perte de fortune et de querelles de famille, elle quitte son milieu, vit avec un amant, devient enceinte, fait un accouchement clandestin ; puis après bien des aventures pénibles doit vivre auprès d'un nouvel amant qui est lui-même un malade, aboulique, instable, obsédé. On la voit graduellement se transformer de deux manières : elle devient triste, lente, incapable d'agir, et surtout inquiète et jalouse ; elle parle trop d'elle-même, réclame des compliments perpétuels, devient autoritaire et violente et fait des scènes à tout propos : elle se plaint qu'on ne l'aime pas assez, qu'on ne la félicite pas assez : « J'ai besoin de sentir l'aide et l'affection de quelqu'un... ici je dois porter les culottes et cela m'agace... » Nous connaissons cette évolution qui la mène aux obsessions de la honte de soi et de la jalousie. En même temps cette jeune femme présente des migraines de plus en plus fréquentes ; elle se plaint constamment de l'estomac où elle sent des brûlures, des renvois acides qui ne cessent que si elle mange beaucoup ; elle a des constipations opiniâtres qui amènent des hémorroïdes et de temps en temps des débâcles glaireuses et très douloureuses ; elle engraisse énormément et, quoiqu'elle soit de petite taille, elle pèse plus de 90 kilos, ses règles sont irrégulières, en retard et énormément hémorragi-

ques ; elle se plaint d'un sentiment perpétuel de froid et elle pré sente tous les troubles de la circulation que nous avons décrits. Faut-il soutenir que la tristesse, l'ennui, ont déterminé des troubles digestifs et modifié la circulation et la sécrétion thyroïdienne d'une manière aussi grave et aussi chronique ? Faut-il supposer que vers l'âge de 27 ans s'est développée accidentellement une maladie du corps thyroïde qui a altéré la circulation et la nutrition. J'aime mieux dire que cette jeune femme d'une activité vitale médiocre, placée dans une situation fausse, difficile et épuisante n'a pas eu la force suffisante pour s'y adapter correctement et que toute l'évolution vitale a été troublée. L'épuisement a retenti à la fois sur les fonctions viscérales et glandulaires et sur la vie psychologique. Cette interprétation plus vague a du moins l'avantage de ne pas dissimuler notre ignorance et de laisser la place libre pour tous les essais thérapeutiques.

2. — Les médications psycho-physiologiques indirectes.

Beaucoup de médecins insistent non seulement sur la nécessité d'un examen complet du névropathe, mais encore sur la nécessité d'un traitement complet de toutes les affections organiques qu'il peut présenter, convaincus que ce traitement fera disparaître par surcroît la névrose elle-même.

Ces conseils sont évidemment excellents : il est incontestable qu'il vaut mieux, quand cela est possible, guérir toutes les affections pathologiques petites ou grandes que présentent les malades en même temps que leur dépression mentale. Il est aussi juste de soigner une blennorrhagie chez ces malades que de leur faire plomber une dent. On rétablit ainsi leur santé générale, ce qui en tout état de cause, même s'ils restent aliénés, est une bonne chose. En outre, il est logique de penser qu'une santé générale plus complète, que des forces bien rétablies leur permettront de relever plus facilement leur tension psychologique. Malheureusement dans ces questions la simple logique ne suffit pas et il ne faut conclure que par la statistique des observations qu'il n'est pas toujours facile d'établir correctement.

Sans doute j'ai recueilli, comme les auteurs précédents, quelques observations favorables. Dans quelques cas, une dizaine, des traitements des maladies du nez, de la gorge, des traitements

d'une métrite ou d'une blennorrhagie persistante semblent avoir joué un rôle dans l'amélioration d'états hypocondriaques, d'algies, de crises de psycholepsie. Il m'a semblé utile de faire faire les traitements locaux par le médecin et d'empêcher les malades de se traiter eux-mêmes constamment, comme ils le faisaient auparavant. La cessation de ces soins pénibles, la confiance dans la guérison, et l'amélioration de l'état local ont procuré du repos, diminué les dépenses continuelles et permis le relèvement.

Quand il s'agit de la syphilis il y a lieu de faire un diagnostic délicat : certaines affections mentales très graves sont directement en rapport avec la syphilis comme les démences syphilitiques et les variétés de la paralysie générale. Dans ces cas le traitement de la syphilis elle-même est évidemment essentiel. Il est heureusement fréquent de constater après ce traitement des améliorations certaines dans les troubles mentaux liés à des artérites spécifiques et quelquefois associés à des accidents paralytiques. Je dois avouer que je n'ai pas été heureux dans le traitement spécifique de la paralysie générale, quel que soit le procédé employé : les grands espoirs exprimés par certains auteurs me paraissent jusqu'ici bien exagérés. Mais il est certain qu'il y a lieu de continuer les tentatives dans ce sens et que c'est le traitement de la syphilis elle-même qui doit être poursuivi en premier lieu. Mais à côté de ces affections proprement spécifiques, il y a de nombreuses associations de la syphilis avec des névro-psychoses de diverses espèces. Ici encore le traitement spécifique semble quelquefois avoir été favorable : je constate dans six cas une amélioration de malades psychasténiques obsédés après le traitement. Il est vrai que trois de ces malades étaient obsédés précisément par la pensée de la paralysie générale et du tabes et qu'ils étaient rassurés par un traitement arsénico-mercuriel, nous retrouvons encore ici une grande influence morale. Il se peut cependant que dans ces cas et dans les trois autres le rétablissement de la santé générale ait eu une certaine influence sur le relèvement psychologique.

Quoi qu'il en soit, ces quelques heureux résultats qu'il ne faut pas méconnaître ne doivent pas être trop généralisés. En règle générale, le traitement ou même la guérison complète d'affections intercurrentes ou surajoutées à la névrose semble vraiment avoir une influence assez minime sur la névrose elle-même. Le traitement des affections de la gorge, de la peau, des organes géni-

taux, comme celui des dents, même quand il détermine la guérison des lésions locales, ne transforme guère l'état mental : il serait facile d'étudier à ce propos bien des observations. A propos de la syphilis en particulier j'ai noté avec intérêt les faits suivants. Ha., h. 35, aboulique, timide, phobique depuis sa jeunesse, contracte la syphilis à 26 ans et présente un certain nombre d'accidents secondaires. Le traitement intensif de cette affection fait disparaître rapidement et complètement tous ces accidents. Ni l'apparition de la syphilis, ni le traitement, ni la guérison n'ont modifié en rien l'état mental. Un grand nombre d'autres malades présentant une grave dépression mentale, reconnaissaient avoir eu des accidents syphilitiques antérieurement et ont été soumis par précaution au traitement spécifique : il m'a semblé que la crise de dépression n'était aucunement modifiée par ce traitement et suivait son cours ordinaire. Dans quatre cas bien nets les malades, anciens syphilitiques, présentaient simultanément des troubles psychopathiques et des accidents syphilitiques bien caractérisés : Gf., f. 36, en particulier présente à la fois une crise de dépression psychasténique avec délire du contact et une hémiplégie incomplète par artérite syphilitique. Dans ces quatre cas le traitement spécifique a parfaitement réussi à faire disparaître les accidents en rapport avec la syphilis, mais n'a eû aucune action sur les troubles névropathiques. Dans une autre observation, Pk., h. 28, névropathe constitutionnel est en outre atteint de paludisme. Il présente à la fois des crises d'hystérie avec somnambulisme et fugues et des fièvres intermittentes avec anémie et accidents du foie. Le traitement du paludisme guérit ces derniers accidents en laissant subsister les premiers. Ceux-ci plus tard ont été modifiés par l'hypnotisme et la suggestion qui ont agi bien plus favorablement que la quinine.

Bien des malades d'ailleurs reconnaissent eux-mêmes que les divers traitements qui améliorent leur santé générale ne les soulagent pas de leurs troubles mentaux et qu'ils souffrent plutôt plus de leurs obsessions et de leurs phobies quand leur état général est meilleur. « Vous ne vous figurez pas, dit Rk., h. 40, comme la peur des allumettes devient terrible quand je me porte bien, je souffre moins quand je me sens affaibli et mal à mon aise. » Les douches et les bains froids qui fortifient plusieurs malades rendent plus pénibles leurs obsessions ; ces malades en arrivent souvent à redouter les traitements reconstituants. Toutes

les remarques précédentes me rendent moins confiant que les auteurs précédents dans l'efficacité de ces traitements généraux. Ils doivent être toujours faits avec grand soin, mais il ne faut pas se faire trop d'illusions sur l'efficacité de traitements faciles.

Je serais disposé à accorder beaucoup plus d'importance au traitement des troubles digestifs, circulatoires ou glandulaires qui ont un rapport beaucoup plus étroit avec la névrose. Ces troubles me semblent être des symptômes, des expressions de la dépression vitale au même titre que les troubles de la conduite, une médication dirigée contre ces symptômes peut certainement diminuer les complications de la névrose et quelquefois atteindre la maladie elle-même.

Le premier traitement qui s'impose chez un individu à digestion difficile et à idées obsédantes sur l'alimentation est une réglementation du régime. Il est presque toujours mauvais de laisser le régime à la disposition absolue d'un malade dont les goûts, les sentiments d'appétit, les idées sur la santé sont complètement déréglés. Je ne reviens pas ici sur les divers procédés psychologiques à employer, suggestions, dissociation des idées fixes, repos, isolement, excitations qui réussiront à modifier les idées, à augmenter les forces, à relever la tension et à rendre plus facile l'acte de l'alimentation.

Il suffit de parler ici de l'acte de l'alimentation lui-même et des moyens de le faire exécuter quand il est encore difficile. J'ai longuement insisté sur les degrés de complication et de difficulté des actes et sur la nécessité de les simplifier quand on veut les faire exécuter par des individus dont la tension est abaissée. L'acte de l'alimentation est un de ces actes qui ont reçu le plus de complications surajoutées par la civilisation et qui de simples qu'ils étaient primitivement sont devenus fort artificiels et fort difficiles. Nous avons l'habitude de manger en société avec des rites particuliers et fort compliqués, mais cette conduite supérieure n'est pas l'essentiel de l'alimentation et n'est pas indispensable pour faire absorber des aliments. Il faut savoir dissocier de l'acte de l'alimentation tout ce qui est surajouté et tout ce qui n'est pas essentiel. Sans doute si nous voulons pour relever la tension d'un psychasténique timide nous servir des excitations par l'acte social, nous exigerons de lui des repas en société avec tous les raffinements de la politesse, mais il faut savoir que nous

demandons alors un acte de haute tension et ne le faire qu'à bon escient. Quand il s'agit avant tout d'alimenter des personnes chez qui pour des raisons multiples l'acte de l'alimentation est devenu difficile, nous n'avons que faire de ces raffinements qui exagèrent inutilement la difficulté de l'acte. Une jeune fille de 25 ans mange de moins en moins et de plus en plus difficilement, elle prétend que les repas lui font rougir le nez et lui donnent des gaz intestinaux. Comme sa famille s'obstine à la faire assister à des repas cérémonieux, elle délire complètement, « préférant se jeter par la fenêtre plutôt que d'être exposée à lâcher des gaz en société » et arrive à l'inanition. Les familles font souvent énormément de mal aux jeunes filles anorexiques par la méconnaissance absolue des notions psychologiques sur l'alimentation.

Au lieu de chercher à les guérir comme on le fait trop souvent par des raffinements de cuisine et de décor, il faut simplifier énormément les repas de ces malades. Dès que la maladie est un peu sérieuse, il faut supprimer avant tout les complications sociales, même et surtout la présence des membres de la famille : il faut faire manger ces personnes seules sous la surveillance d'une garde toujours la même qui ne doit pas manger en même temps. La plupart de ces malades mâchent mal les aliments, les avalent trop vite ou les gardent indéfiniment dans leur bouche, plusieurs hument de l'air et l'avalent en même temps que chaque gorgée de boisson, d'autres avalent incomplètement et gardent longtemps les aliments dans une poche œsophagienne : il faut faire toute une rééducation de la mastication et de la déglutition. Presque toujours l'alimentation de ces abouliques du manger est très lente et il faut leur laisser le temps suffisant en les dirigeant, en les excitant, en les aidant avec discrétion et habileté. C'est un véritable métier de certaines gardes que de faire manger ces malades et elles y deviennent très expertes. Très souvent ces procédés simples permettent d'alimenter suffisamment les anorexiques et même les sitieirgiques et évitent l'alimentation forcée. Mais il faut être prêt à recourir à cette dernière dès que l'alimentation devient réellement trop lente et insuffisante. Souvent d'ailleurs un petit nombre de sondages est suffisant et on peut revenir aux procédés précédents. Quel que soit d'ailleurs le procédé employé il est souvent facile de constater que chez beaucoup de malades deux mois d'alimentation plus abondante font plus pour le réta-

blissement de la tension psychologique que toute autre thérapeutique.

C'est cette remarque qui a inspiré les essais de thérapeutique des névropathes par la suralimentation. Weir Mitchell et plus récemment Séguin (de New-York)[1] ajoutaient ce traitement à la thérapeutique par le repos. Il ne s'agissait pas seulement dans ces sanatoriums d'une « rest cure » mais aussi d'une « fat-cure », d'une cure d'engraissement. Nous sommes encore surpris quand nous lisons les régimes auxquels étaient soumis les malades dans certains de ces établissements célèbres. Je ne puis m'empêcher de voir dans ces régimes d'engraissement une grande exagération : il ne faut pas trop se préoccuper de l'amaigrissement de certains de ces malades, quand il ne s'agit pas d'une inanition voulue et quand l'alimentation est en réalité raisonnable. Cet amaigrissement quand il persiste est en rapport avec l'intoxication, avec la dépression de la nutrition, il disparaîtra facilement au cours des traitements ordinaires de la dépression elle-même et ne réclame pas des procédés de suralimentation. Chercher à engraisser le malade rapidement coûte que coûte à un moment de sa maladie où il digère et assimile difficilement me paraît le plus souvent inutile et même dans bien des cas fort dangereux.

Bien souvent c'est cette suralimentation ou cette alimentation dans de mauvaises conditions qui amène les auto-intoxications Il y a quelques années plusieurs auteurs en particulier M. Pascault (de Cannes), M. Guelpa ont mené une vigoureuse campagne contre la suralimentation qui crée l'arthritisme. M. Vigouroux dans son livre sur « le régime alimentaire du neurasthénique » soutient des idées du même genre : « le meilleur traitement de ces malades, disait-il, doit être une alimentation restreinte, inférieure à la normale[2]. » M. J. Laumonier, dans son traitement de la paresse, qui est bien un degré léger de dépression chronique, indique comme essentiel de prescrire une nourriture moins abondante et mieux choisie, de supprimer les viandes, les bouillons, l'alcool, le thé, les condiments, de régler des repas nombreux, mais peu copieux, composés surtout de farines, d'œufs, de laitages, de gâteaux secs, « une alimentation qui n'entraîne ni hypersécrétion glandulaire, ni hyperacidité, qui n'épuise

1. Séguin (New York), *Leçons sur le traitement des névroses*, trad. Dutil, Préface de Charcot, 1893.

2. Vigouroux, *op. cit.*, p. 44.

pas les organes digestifs et ne réclame d'eux que le minimum de travail, qui ne soit pas toxique, qui soit pauvre en substances puriques, mais qui cependant laisse des déchets de cellulose assez abondants pour supprimer la constipation[1]. »

Beaucoup de mes observations confirment ces remarques : un grand nombre de psychasténiques, hypocondriaques, phobiques et surtout algiques et même des épileptiques sont visiblement améliorés par une réduction sérieuse du régime alimentaire. Le fait est frappant en particulier, pour ne prendre qu'un exemple entre cent, chez Lema. Cette femme de 40 ans, migraineuse, dolente, immobilisée depuis vingt ans par la phobie de la fatigue, souffrait constamment de l'estomac et de l'intestin à la suite de suralimentation. Une alimentation fortement réduite pendant plusieurs mois lui donne plus de force et chose curieuse détermine une augmentation de poids. A plus forte raison cette réduction alimentaire est-elle indispensable quand on constate les signes physiques et moraux d'une auto-intoxication grave. Une alimentation réduite et quelquefois même des périodes de diète hydrique constituent un élément indispensable du traitement de désintoxication. Ce traitement a été appliqué rigoureusement pendant plus d'un an à des malades comme Pépita ou Ie., f. 35. J'ai déjà fait remarquer combien il était difficile dans les cas de ce genre de réduire l'obésité. Ces femmes peuvent rester des semaines et même des mois à des régimes d'inanition sans perdre de leur poids d'une manière appréciable. Il faut beaucoup de patience et de persévérance pour obtenir la désintoxication et l'amaigrissement. Mais dans des cas de ce genre le traitement est en général plus compliqué et la simple réduction alimentaire n'en est qu'un élément, mais c'est peut-être l'élément le plus important.

Faut-il également chez ces malades se préoccuper de la nature des aliments et exiger tel ou tel régime particulier. Je crois d'une manière générale que la nature des aliments est ici moins importante que leur quantité et que c'est celle-ci surtout qui doit être surveillée et réduite. Cependant on peut remarquer que sauf des cas spéciaux où l'âge, l'état des forces, les maladies surajoutées réclament tel ou tel régime, il est bon de rapprocher autant que possible ces malades d'un régime végétarien mitigé. M. Lagrange

1. J. Laumonier, Traitement de la paresse. *Bulletin général de thérapeutique*, 23 fév. 1913.

recommandait déjà le régime végétarien dans le traitement de la fatigue. La suppression des alcools, la réduction des viandes, des albumines, quelquefois celle du sel de cuisine ou du pain, semblent avoir de bons effets. Les laitages, les farines, les légumes, les fruits qui diminuent certainement les intoxications conviennent à la majorité de ces malades. Dans certaines observations j'ai pu constater de grandes améliorations de l'état physique et de l'état moral après quelques mois de régime végétarien strict. L'observation la plus remarquable à ce point de vue est celle de Fe., f. 32, névropathe scrupuleuse et hypocondriaque qui se suralimentait de la manière la plus ridicule depuis plusieurs années ; elle absorbait de préférence les aliments les plus indigestes et abusait quelque peu de l'alcool. Son état mental était loin de s'améliorer, elle avait des crises de psycholepsie avec angoisses et sentiment de dépersonnalisation, des attaques hystériques, des obsessions de jalousie et de persécution. Mais en outre elle souffrait de toutes sortes de troubles gastro-intestinaux et sa peau froide, sèche et pulvérulente finit par se couvrir d'urticaire. Cette éruption d'urticaire qui durait depuis plus d'un an était vraiment remarquable ; il suffisait de frotter légèrement une partie quelconque de la peau ou simplement de l'exposer à l'air pour déterminer en quelques instants l'apparition d'énormes placards urticariens avec d'atroces démangeaisons. Les douleurs déterminées par cette urticaire amenèrent enfin la malade à accepter un régime sévère ; le régime végétarien strict, de quantité réduite supprima l'urticaire au bout d'un mois et contribua à transformer l'état physique et moral après trois mois.

Dans quelques cas particuliers qu'il n'est pas facile d'interpréter, mais qui font songer aux phénomènes d'anaphylaxie de M. Ch. Richet, il y a une véritable idiosyncrasie vis-à-vis de certains aliments. Plusieurs malades, comme Irène, supportent très mal le lait même en petite quantité et présentent rapidement après en avoir absorbé une grande diarrhée séreuse et nous connaissons les grandes intoxications de Pépita dès qu'elle a absorbé du lait, des œufs, ou du bouillon de viande sous une forme quelconque. Il y a donc des cas où ces substances quand leur effet a été bien reconnu doivent être soigneusement exclues. J'ai été très frappé à ce propos par l'observation de Ef., f. 10, qui présentait déjà depuis plusieurs années des accès épileptiques, des crises hystériques, un caractère agité, instable et insuppor-

table. Après avoir essayé inutilement plusieurs régimes j'ai été amené par la lecture des articles de M. Lœper sur les intoxications de certains enfants à supprimer complètement de son alimentation le lait et les œufs ; le changement a été vraiment surprenant et pendant plus d'un an cette enfant dont le caractère était fort amélioré n'a plus eu d'accès convulsif.

Le plus souvent cependant il n'est pas nécessaire d'être aussi sévère ; la plupart des malades utilisent avantageusement les laitages et tolèrent fort bien les œufs et la viande prise en petite quantité à un repas par jour. On trouvera des indications très détaillées sur ce régime modéré et moyen et sur les menus qu'il comporte dans les ouvrages de M. de Fleury, de M. Deschamps et dans les menus publiés par MM. Léon Derecq et G. Gallois dans le Journal de diététique.

Pour nous diriger dans l'organisation de ces régimes, rien n'est plus important que l'analyse des matières fécales qui est faite aujourd'hui d'une manière instructive. De telles analyses devraient toujours être faites dans les cas d'entérite muco-membraneuse et dans les cas d'auto-intoxication persistante. Elles ne nous montrent pas seulement les éléments anormaux, les parasites des excrétions intestinales, mais elles ont surtout pour objet de nous faire connaître l'état final de digestion des principaux aliments, du tissu conjonctif, des fibres musculaires, de la cellulose, de l'amidon, des graisses, des acides, des savons. Suivant ces indications nous pouvons facilement régler le régime du malade en supprimant momentanément les aliments qui sont incomplètement digérés et en insistant sur les autres. Ces précautions permettent d'arrêter les crises aiguës de l'entérite et aident à attendre le moment où le rétablissement des forces et le rétablissement de la circulation normale suppriment la disposition à l'entérite.

Bien entendu toutes ces maladies de l'estomac et de l'intestin comportent en même temps un traitement médicamenteux qui n'est pas toujours très puissant quand il s'agit de névropathes, qui doit toujours être subordonné au traitement général de la névrose et au régime, mais qui n'est pas sans utilité. Quelques excitants, quelques adjuvants de la sécrétion gastrique, les amers, l'acide phosphorique, l'ipéca, la pepsine, la papaïne, etc... rendent des services au moins momentanés, La réduction des boissons aux repas, la position couchée après les repas, les ceintures abdominales, la sangle de Glénard soulagent beaucoup ceux

qui présentent des ptoses viscérales. Bien des douleurs épigastriques avec grandes réactions nerveuses sont supprimées par ce traitement facile. J'insiste aussi sur les fortes doses de bismuth et sur les alcalins qui en particulier chez les névropathes ont une grande importance, parce qu'ils calment les douleurs et les réflexes de l'hypersthénie gastrique dont nous avons vu la gravité chez ces malades. Non seulement des acidités gastriques, mais encore des douleurs dans le thorax, dans le dos, des tics, des hoquets de toutes espèces, des vertiges et même des crises de sommeil ont été supprimés par le simple bicarbonate de soude ou par le carbonate de chaux. Mais ici encore il faut se méfier de l'exagération propre à ce genre d'esprits qui prend vite la manie d'un médicament dès qu'il soulage, et j'ai souvent observé de véritables alcalinomanies qui ne sont pas sans dangers. Aujourd'hui on est disposé à intervenir chirurgicalement dans bien des cas de maladies chroniques de l'estomac et dans les diverses formes de ptose abdominale [1]. Il ne faut pas le faire trop vite quand il s'agit de névropathes chez lesquels il n'est pas toujours facile d'apprécier la gravité réelle des symptômes. Je crois cependant que dans certains cas il ne faut pas hésiter à le faire et je regrette en relisant une de mes anciennes observations, celle de Marceline, de n'avoir pas fait opérer à temps un ulcère chronique de l'estomac [2].

Quelques médicaments rendent service dans les entérites nerveuses : les laxatifs, les lavements dont il ne faut pas abuser, surtout les lavements d'huile qui soulagent beaucoup, les calmants, l'opium et surtout la belladone chez les spasmodiques, les excitants de la sécrétion biliaire, les divers extraits biliaires, l'amylo-diastase, etc. Il faut réserver une grande place aux médications purgatives chez des malades gravement intoxiqués. Sans aller peut-être aussi loin que M. Guelpa qui purge fortement les malades plusieurs jours de suite et les condamne en même temps à la diète la plus complète, j'ai souvent fait usage des purgations répétées chez les confus, chez les intoxiqués, chez les obèses et le résultat m'a toujours paru très favorable. Ce sont les purgations qui ont visiblement tiré de leur confusion une dizaine de malades et qui ont permis de lutter contre des obésités et des intoxications.

1. Cf. V. Pauchet, Gastroptose, traitement. *La Presse médicale*, 11 avril 1918.
2. Une Félida artificielle, *État mental des hystériques*, 2e édition, 1911, p. 567.

Beaucoup de ces malades, comme Pépita, ne se sentent jamais aussi bien que lorsqu'ils viennent d'être purgés fortement. Il y a là une indication importante qu'il ne faut jamais oublier dans le traitement des névropathes.

Le traitement des troubles circulatoires serait encore plus important ; il est malheureusement encore peu connu et je ne puis qu'indiquer ici le résultat de quelques essais qui m'ont paru intéressants. Les excitants et les toniques du cœur chez les malades dont la circulation est languissante sont plus indiqués qu'on ne le croirait chez des névropathes et de petites doses de strophanthus ou digitale produisent souvent un excellent effet. D'autre part j'ai eu souvent l'occasion d'utiliser les médicaments qui régularisent les pulsations cardiaques et la circulation artérielle et j'ai été heureux de constater les effets remarquables signalés par beaucoup d'auteurs des sels de quinine. Le cas de Jg., est vraiment typique : ce jeune homme de 30 ans, aboulique et timide, présentait depuis deux ans à la suite du bombardement de son usine un état émotif permanent avec des obsessions hypocondriaques, avec un tremblement continuel, une tachycardie énorme, 110 à 130 pulsations à peu près continuellement, des troubles digestifs, une grande entérite encore aggravée par des tics d'aérophagie. En un mot, ce malade ajoutait à l'état mental psychasténique l'état physiologique du Basedow incomplet sans goitre et sans exophtalmie. Le traitement par le repos et par l'excitation ont joué un rôle ; mais c'est la quinine qui a eu la plus grande part dans son rétablissement rapide. Il est curieux de constater comment des malades de ce genre supportent l'usage prolongé de ce médicament. Après avoir commencé par des doses élevées de 1gr,50 et même 2 grammes par jour pendant un mois, il a dû continuer l'absorption d'un gramme par jour pendant un an et ce n'est que dans les derniers mois qu'il peut se contenter de 0,75 ou 0,50 par jour. En effet après quelques jours d'usage de la quinine la tachycardie baissa rapidement ; après le premier mois elle était supprimée, mais elle réapparaissait pour la moindre interruption du traitement. L'état mental s'est transformé aussi bien que l'état physique et l'on s'étonne de voir que le malade supporte de prendre part à des conseils de famille sur ses affaires, qu'il est capable de travailler à reconstruire son usine, tandis qu'il ne pouvait voir entrer personne dans sa chambre sans avoir des

crises violentes et dangereuses de palpitations. Je constate également une heureuse influence de la quinine chez deux autres malades du même genre mais d'une manière peut-être moins frappante. Chez d'autres malades du même genre les sels de calcium et en particulier le chlorure de calcium m'ont paru donner des résultats très satisfaisants. C'est là un médicament précieux chez les névropathes dont il régularise la circulation et diminue l'agitation. Les médicaments qui luttent contre les congestions passives comme l'Hamamelis virginica et l'Hydratis canadensis sont également utiles. Ils ont eu chez quatre malades des effets très nets. Les injections d'émétine d'un emploi récent me semblent avoir une action remarquable non seulement sur les diarrhées amibiennes, mais encore sur les entérites nerveuses par congestion de deux autres.

Beaucoup de névropathes présentent de l'hypertension avec ou sans signes de début d'artério-sclérose : le régime et le traitement habituel doivent être appliqués, mais le nitrite d'amyle, la trinitrine comme l'indique en particulier Huchard[1], la thiosinamine, la teinture de cratægus oxyacantha, conseillées par M. L. Rénon, ont une action favorable. M. Rémond (de Metz) et M. Voivenel[2] font observer que l'angoisse et des troubles analogues doivent être en rapport avec une ischémie cérébrale due à la constriction des vaisseaux de l'écorce et ils proposent de modifier cette circulation par l'usage de la trinitrine. J'avais essayé, comme je l'ai dit, des expériences du même genre en faisant respirer au malade des ampoules de nitrite d'amyle. J'ai répété les expériences de M. Rémond en faisant absorber quelques gouttes de la solution de trinitrine qu'il propose. Les résultats m'ont semblé favorables, quoique la disparition de l'angoisse ne soit pas aussi rapide qu'avec les ampoules de nitrite d'amyle. Ce traitement cependant présente l'avantage de pouvoir plus facilement être prolongé quelque temps.

Inversement, et cela est un fait beaucoup plus général, beaucoup de psychasténiques présentent une tension très basse. M. Martinet, qui a justement insisté sur la fréquence de ce syndrome, a montré l'utilité des traitements par l'adrénaline, les extraits d'hypophyse et la strychnine que nous allons retrouver à propos d'autres médications.

1. Huchard, *Maladie de cœur*, 1910, p. 405.
2. *Progrès médicals* 1er juin 1907.

L'opothérapie commence à prendre et prendra de plus en plus une grande importance dans le traitement des névropathes en raison des constatations et des théories sur le rôle des glandes vasculaires sanguines. Bien des faits me semblant indiquer chez ces femmes un trouble de la sécrétion des ovaires, j'ai essayé chez une dizaine de malades un traitement par les extraits d'ovaires. Je dois avouer que les résultats ne m'ont pas semblé bien nets. Peut-être ce traitement a-t-il contribué à ramener les règles de deux malades après une interruption prolongée, mais son influence ne me paraît pas certaine. L'usage des extraits de capsules surrénales me semble avoir eu des résultats plus nets et il a certainement rendu des services dans une douzaine de cas, chez des malades asthéniques à pression artérielle insuffisante. Trois malades ont été obligés de prolonger ce traitement pendant des mois, car elles présentaient des troubles beaucoup plus graves quand elles l'interrompaient. Quelques gouttes de la solution d'adrénaline rendent également des services dans des cas de ce genre : la coloration bleuâtre des mains et des pieds chez Adèle et chez Agathe disparaît rapidement sous l'influence de cette médication et réapparaît au bout de peu de temps quand on la cesse : je n'ai pas noté qu'il y eut chez elles une modification de l'état mental parallèle.

Le médicament opothérapique qui jusqu'à présent me semble avoir eu le plus d'importance dans le traitement des névroses c'est l'extrait de corps thyroïde. J'ai fait cet essai de ce traitement sur 35 malades qui me paraissaient présenter les symptômes de l'hypothyroïdisme et voici d'une manière générale les résultats de cette tentative. Quelques malades, en petit nombre, cinq, n'ont pas pu tolérer ce médicament : ils ne tardaient pas à présenter des palpitations cardiaques et des bouffées de chaleur qui obligeaient à interrompre. Je dois dire qu'au début de mes recherches je me servais de doses trop élevées, 10 ou 5 centigrammes, tandis que j'ai constaté plus tard que des doses faibles de 25 milligrammes suffisaient pour produire des effets intéressants avec moins de dangers. Il n'en reste pas moins vrai que certains malades ne supportent même pas ces doses faibles. MM. Léopold Lévy et de Rothschild, se préoccupant surtout du déséquilibre thyroïdien, traitent de la même manière l'hyperthyroïdisme et l'hypothyroïdisme, « les faibles doses du corps thyroïde, disent-ils, régularisent la sécrétion même chez ceux qui

présentaient de l'exagération ». Je regrette de n'avoir pas pu vérifier cette observation. Tous mes malades qui présentaient de l'agitation cardiaque, des bouffées de chaleur, des tremblements, etc., en un mot des symptômes d'hyperthyroïdisme, ont vu les symptômes augmenter même en usant de doses faibles, 25 et 10 milligrammes, et ont dû cesser cette médication. Pépita, par exemple, obèse et intoxiquée mais dont le pouls s'affole facilement, ne tolère pas l'usage du corps thyroïde. Un autre groupe de malades, au nombre de sept, a pu tolérer sans difficulté le traitement par le corps thyroïde, au moins les doses faibles, mais ne m'a paru présenter aucune amélioration notable. Cette intolérance et ces insuccès ne doivent pas décourager, mais ce sont des faits dont il faut tenir compte pour ne pas édifier trop vite une théorie glandulaire des névroses.

Chez tous les autres malades, au contraire, au nombre de 18, il y a eu certainement des améliorations notables et quelquefois remarquables sous l'influence du corps thyroïde. Chez tous la circulation est devenue plus régulière et plus active, la frilosité a disparu, les migraines ont été diminuées et quelquefois entièrement supprimées, les troubles intestinaux ont été diminués, les menstrues ont été régularisées. Chez les malades obèses et intoxiquées, que j'ai déjà étudiées à plusieurs reprises, le corps thyroïde a apporté une aide importante au traitement de désintoxication et d'amaigrissement. Fe., cette jeune femme de 32 ans, intoxiquée par la suralimentation et par l'alcool, et couverte d'urticaire, a pris de petites doses de corps thyroïde, 25 milligrammes, pendant les trois mois de son traitement qui a été si rapidement favorable ; il est évident que le corps thyroïde n'a pas ici agi seul, puisque les purgatifs et le régime ont joué le principal rôle. Mais chez Ie., f. 35, également obèse et intoxiquée, il semble avoir été plus important ; les troubles, en particulier les migraines, réapparaissaient davantage quand on le supprimait. Lema., f. 37, non seulement a tiré un grand bénéfice du corps thyroïde, mais elle ne peut plus s'en passer : voici trois ans qu'elle absorbe journellement une dose tantôt de 5, tantôt de 10 centigrammes, sans jamais interrompre. Non seulement elle n'a jamais présenté aucun trouble d'hyperthyroïdisme, mais encore elle a vu un grand nombre de ses troubles s'améliorer considérablement : les migraines, les hémorragies menstruelles, les troubles intestinaux, ont disparu ; le traitement moral de sa phobie de la fatigue a été

grandement facilité par cette amélioration considérable de la santé physique. Il en est de même de Cora, f. 33, dont les migraines, les crises de psycholepsie, les métrorrhagies ont disparu, mais qui est obligée de continuer, elle aussi, depuis des années, l'usage régulier du corps thyroïde, à des doses il est vrai beaucoup plus faibles.

L'observation d'Irène est particulièrement intéressante à ce point de vue parce que la malade a été suivie avec soin pendant des années avant et après l'usage de ce médicament. J'ai déjà montré dans cet ouvrage que cette jeune femme, type de déprimée hystérique, présente à la fois toutes sortes d'accidents mentaux et beaucoup de troubles physiologiques, j'ai montré aussi qu'il était possible de relever sa tension psychologique et même son activité physiologique par divers procédés que j'ai décrits à propos de l'œsthésiogénie et du somnambulisme complet. Mais en décrivant des excitations, j'ai fait observer que la malade retombait toujours au bout d'un certain temps et qu'il fallait sans cesse recommencer. En outre, j'ai montré que la production du somnambulisme complet et de l'excitation était chez elle très difficile et que dans beaucoup de circonstances ces phénomènes ne pouvaient plus être obtenus. Dans les périodes qui précédaient les règles, dans les périodes de maladie, dans les états de fatigue, il était impossible de l'exciter et de la mettre en somnambulisme complet, il fallait souvent lui laisser plusieurs semaines de repos avant de pouvoir de nouveau la relever par ces procédés. A parde 1911 j'ai essayé chez elle le traitement régulier par le corps thyroïde et, après quelques tâtonnements, je me suis tenu à la dose de 25 milligrammes par jour, en doublant quelquefois cette dose pendant quelques jours, en particulier aux approches des règles. Nous pouvons constater après cinq ans les modifications apportées par ce traitement. D'une façon générale la malade se porte certainement beaucoup mieux depuis qu'elle prend du corps thyroïde : certains symptômes se sont beaucoup améliorés, les refroidissements, la frilosité ont disparu, les migraines ont beaucoup diminué, les douleurs qui précédaient les règles et surtout la douleur des seins se sont effacées et les règles ont cessé d'être hémorragiques. Ces améliorations dépendent certainement du médicament, car Irène ne pent pas rester un mois sans prendre de corps thyroïde, les migraines et les hémorragies menstruelles recommencent immédiatement. L'état mental n'a pas changé et

la malade présente les mêmes dépressions et il est nécessaire de la relever de la même manière qu'autrefois par la provocation du somnambulisme complet. Mais il est certain que j'obtiens cette excitation beaucoup plus facilement et qu'il y a moins de périodes où la malade est complètement réfractaire. Sans doute il ne s'agit pas d'une transformation complète, la malade reste au fond ce qu'elle était et la maladie constitutionnelle n'était pas uniquement un état d'hypothyroïdisme, mais de tous les médicaments qui ont été essayés, le corps thyroïde est celui qui a produit les résultats les plus intéressants.

Sans doute il s'agit là d'expériences encore restreintes et bien incomplètes, mais dans ces études difficiles chacun doit apporter ses documents quels qu'ils soient. L'adrénaline, les capsules surrénales dans un petit nombre de cas, le corps thyroïde dans un plus grand nombre et avec plus de netteté, semblent avoir exercé une influence salutaire dans le traitement des troubles physiologiques et quelquefois des troubles psychologiques des névropathes. Il y a là une indication importante pour les recherches ultérieures sur le rôle de plus en plus considérable attribué aux glandes vasculaires dans les névroses.

Toutes ces médications qui s'adressent aux troubles de la digestion, de la nutrition, de la circulation ne se bornent pas en effet à modifier un trouble local, elles ont une influence sur toute la conduite du malade et sur la névrose elle-même. Elles ne l'attaquent pas directement par ses symptômes essentiels, mais elles s'adressent à des troubles importants que nous avons considérés comme une autre expression d'un trouble fondamental peu connu : on peut les considérer comme des traitements indirects de la névrose.

3. — La recherche des substances excitantes. — L'alcoolisme.

D'autres médications en petit nombre sont plus directes : elles sont choisies en raison de l'action excitante que certains agents semblent exercer sur la conduite des névropathes. Pour les reconnaître nous userons de la même méthode qui consiste à étudier les améliorations spontanées que présentent les malades dans certaines circonstances et les impulsions qu'ils présentent vers la recherche de certaines substances.

On sait que les saisons, certaines périodes de l'année ont une influence marquée sur ce genre de malades. Ils sont presque toujours plus mal au début de chaque changement de saison, aux premières chaleurs, comme aux premiers froids. Mais ils sont en général mieux portants quand le printemps est plus avancé et surtout pendant l'été. Il y a souvent une poussée vitale plus grande à ces mouvements que l'on peut quelquefois utiliser pour de plus grands efforts.

Un fait très singulier, mais dont la généralité est assez grande, c'est l'amélioration que l'on constate à la fin de chaque journée. Les malades sont presque tous plus troublés le matin, ils sont plus agités, comme on l'a vu, si le sommeil a simplement augmenté la quantité de leurs forces sans faire monter la tension, plus engourdis et abaissés après l'immobilité et l'obscurité de la nuit, si cette augmentation ne s'est pas produite. Au cours de la journée, sous l'influence de la lumière et des diverses excitations, ils s'adaptent lentement à la vie éveillée et, sauf dans certains cas particuliers où la phobie de la nuit et du sommeil vient les troubler le soir, ils se relèvent à la fin de l'après-midi et sont presque normaux dans la soirée. Que de déprimés répètent qu'ils ne peuvent faire quelque chose et même se montrer qu'à partir de cinq heures du soir. Toutes les fonctions étant plus relevées le soir, ils digèrent leur dîner beaucoup mieux que leur déjeuner et on doit quelquefois tenir compte de cette circonstance pour régler leur alimentation. Il est probable que le grand air, la lumière, les mouvements les excitent graduellement au cours de la journée. D'ailleurs ils remarquent souvent que le beau temps, le soleil, la chaleur ont sur eux une action des plus favorables. Quelques-uns remarquent également, comme je l'ai indiqué autrefois, qu'ils sont mieux quand ils habitent à la ville, même dans des quartiers bruyants, que lorsqu'ils séjournent dans des campagnes trop calmes. Il y a là diverses sources d'excitation qui ne sont pas sans importance.

Très souvent, malgré les difficultés mêmes de la digestion, l'absorption des repas et surtout des repas copieux fait disparaître momentanément les troubles. Tandis que ces déprimés sont très mal disposés avant le repas, faibles, inquiets, obsédés, avec le sentiment de vide dans le corps et dans la tête, ils sont remplis et gaillards après avoir mangé. Mais cette transformation se produit encore mieux après l'absorption de certains

aliments particuliers : la viande, les mets épicés déterminent particulièrement une excitation que signalait déjà M. Lagrange.

En tête de ces substances qui déterminent de l'excitation il faut mettre l'alcool : l'absorption de l'alcool en assez grande quantité produit chez l'homme normal un ensemble de troubles fort mal étudiés d'ailleurs qu'on appelle l'ivresse. L'ivresse, au moins dans ses premières périodes, me semble surtout caractérisée par un certain degré d'agitation, c'est-à-dire par un excès de quantité des phénomènes psychologiques, tandis que la tension qui était primitivement élevée chez l'homme normal subit un certain degré d'abaissement. Les choses se passent de même chez quelques individus déprimés qui ne tolèrent pas l'alcool, qui tombent très vite dans l'ivresse et dans le délire ; mais cela est plutôt exceptionnel, car, en général, les déprimés se comportent tout autrement sous l'influence de l'alcool. Ils n'arrivent que très difficilement ou même jamais à l'ivresse proprement dite : une des grandes objections que font toujours les alcooliques à ceux qui tentent de les réformer, c'est qu'ils ne se grisent jamais, qu'ils supportent admirablement l'alcool. Un jeune homme absorbait avant de venir me voir dix verres d' au-de-vie « afin d'avoir l'énergie nécessaire pour pouvoir parler » et il ne présentait pas le moindre trouble de la parole, de l'équilibre ou de la mémoire. Non seulement l'alcool ne détermine pas chez eux les troubles de l'ivresse, mais il réussit souvent à faire disparaître les troubles précédents et à restaurer l'activité normale. Un jeune homme de 30 ans en fait accidentellement la remarque : « C'est drôle, dit-il, c'est quand je devrais être saoul que j'entre dans la vie normale. Je sens alors la faculté de faire ce que je veux, je deviens infatigable... je peux me faire un programme et le suivre; tout va comme sur des roulettes... Je parle très bien, j'ai le sourire sur les lèvres, je suis avenant avec tout le monde. Moi qui suis toujours si gêné et qui n'arrive pas à ouvrir la bouche, je ne me reconnais pas moi-même. » Un autre parle de même : « Je ne suis vraiment un homme raisonnable et correct que lorsque je suis saoul... » — « Je ne puis parler dans un salon, remarque aussi Wkx., h. 29, que si j'ai bu trop de Champagne. » Les phobies de Dg., h. 38, sont arrêtées par une bouteille de vin comme les crises de Pépita par un verre d'absinthe : « Cela me rend hardie, nette, courageuse, j'aurais marché dans le feu. » Lydia soutient non sans raison que le Champagne la calme bien

mieux que l'opium, arrête ses angoisses et ses chocs dans la tête : « Cela me remonte toute la vitalité. »

En effet l'alcool agit également sur les fonctions physiologiques : après un dîner copieux arrosé de force Bourgogne et Champagne ils digèrent parfaitement et n'ont pas d'entérite comme « après un plat de macaroni ». Bien mieux ils se couchent ensuite et s'endorment facilement tandis qu'ils avaient auparavant complètement perdu le sommeil. Irène arrête ses vomissements par du Champagne et elle peut dormir ensuite. Is., f. 26, comme beaucoup d'autres, doit boire un peu d'alcool en se couchant si elle veut dormir. On pourrait résumer ces faits dans le langage que nous avons avons adopté en disant que l'alcool chez les déprimés ne se borne pas à augmenter la quantité des phénomènes psychologiques, mais qu'il fait surtout monter la tension psychologique : cela rend de nouveau le malade capable d'effectuer des actes de haute tension, cela supprime l'agitation et fait disparaître bien des troubles pathologiques par impuissance ou par dérivation.

Tous ces faits donnent naissance à des obsessions et à des impulsions fort importantes. Bien des malades recherchent la chaleur, la lumière, les agitations mondaines d'une manière excessive et surtout beaucoup recherchent la table, la nourriture exagérée et les aliments excitants. La boulimie si fréquente ne dépend pas seulement du sentiment de la faiblesse, mais encore d'une impulsion à la recherche du bien-être ressenti une première fois après un fort repas. De là ces impulsions bizarres à manger des kilos de pommes de terre, comme Bg., h. 25, ou des kilos de chocolat comme Cm., h. 36. De là, ces manies qui les poussent à garder constamment dans leur poche du pain et du jambon qu'ils mangent avant de faire un effort « sur le palier de l'escalier avant d'entrer » ou à circuler en portant un grand sac plein de provisions « que l'on mange dans ces affreuses rues où il n'y a même pas un boulanger. » La boulimie est si bien associée à un état de dépression qu'elle disparaît quand le niveau mental remonte pour une cause quelconque. Rox., f. 23, déprimée, agoraphobe et boulimique, répétant sans cesse « qu'elle va devenir folle ou enragée si elle ne mange pas tout de suite » cesse tout d'un coup de réclamer à manger, quand commence l'écoulement de ses règles et pendant cinq jours se nourrit correctement, la boulimie recommence à la fin de l'écoulement. C'est là un petit fait

que nous comprenons maintenant après nos études sur l'excitation par les règles. La réapparition de la boulimie chez des malades précédemment guéris indique d'une façon certaine le début d'une rechute dans la dépression. On peut prédire ainsi les grands délires de Sophie, quand on la voit recommencer à manger plus qu'à l'ordinaire.

La plus importante de ces impulsions est celle des alcooliques et des dipsomanes qu'il n'y a pas lieu de séparer les uns des autres autant qu'on le fait d'ordinaire. Le problème de l'alcoolisme étant aujourd'hui fort grave, il n'est pas mauvais d'insister ici quelque peu sur la véritable nature de cette impulsion qui ne me semble pas toujours bien comprise. Si je ne me trompe, on insiste trop d'ordinaire sur l'alcool et sur ses effets nocifs, on considère trop l'alcoolisme comme une intoxication en quelque sorte accidentelle, qui disparaîtrait sans laisser aucun trouble si l'alcool était supprimé. J'ai déjà essayé de montrer tout au contraire qu'il s'agit là d'une maladie mentale antérieure à l'absorption de l'alcool et en grande partie indépendante de l'alcool[1]. Je vois que d'autres auteurs expriment des opinions analogues : M. Crothers (de Hartfort), M. Keen (de Londres), M. Frederic T. Simpson[2] soutiennent « que l'alcoolisme est une maladie primitivement psychologique dans laquelle l'intoxication par l'alcool est un phénomène secondaire. J'ai essayé récemment de reprendre et de compléter mes anciennes études dans une communication à l'Académie des sciences morales[3] dont je résume ici les conclusions.

Qu'est-ce qu'un alcoolique ? Quel est le trouble mental qui caractérise un alcoolique? Pour le comprendre choisissons dans mes notes 65 observations d'alcooliques et de dipsomanes à divers degrés et essayons de constater quel était l'état de santé physique et moral de ces individus avant qu'ils n'aient présenté leur impulsion à boire de l'alcool, puis notons les circonstances dans lesquelles cette impulsion s'est développée, notons les autres troubles qui se sont développés en même temps, car on a grand tort de considérer cette impulsion comme un phénomène

1. *Obsessions et psychasténie*, I, p. 529; II, p. 423.

2. Frederic T. Simpson, Alcoolism and drug addiction. *Psychotherapy* de Parker, II, 1, p. 81.

3. *Comptes rendus de l'Académie des sciences morales*, septembre et octobre 1915.

isolé et enfin examinons les effets de l'absorption de l'alcool chez ces malades et les raisons de l'impulsion elle-même.

Les individus dont nous avons recueilli les observations appartiennent à des familles dans lesquelles on compte un grand nombre de maladies nerveuses ou mentales de toutes espèces. J'ai décrit autrefois longuement la famille intéressante de Justine dans laquelle j'avais pu recueillir des renseignements sur 54 personnes. Dans ce beau tableau généalogique je comptais 34 enfants morts en bas âge avant trois ans, 3 épileptiques, 2 imbéciles, 3 hystériques, 2 criminels, 7 dipsomanes, 4 obsédés, etc.[1]. Dans la famille de Dr., jeune femme dipsomane de 33 ans que nous aurons à étudier particulièrement, on note 2 obsédés impulsifs, 3 dipsomanes. Ces familles, qu'il serait trop long de décrire toutes, présentent exactement les mêmes caractères que les familles de nos autres malades obsédés psychasténiques. L'alcoolisme rentre dans les psychoses héréditaires, c'est là un point qui a déjà été reconnu par la plupart des observateurs.

Les sujets eux-mêmes n'ont pas été toute leur vie des alcooliques, mais ils étaient déjà des malades avant de boire. Quand on relève avec soin leur observation, on constate malgré les difficultés de cette recherche qu'ils ont présenté déjà auparavant une foule d'accidents névropathiques. Dans 50 cas au moins parmi ces 65 observations je puis relever des crises épileptiques ou hystériques, des somnambulismes, des phobies, des obsessions, des impulsions ou des délires de diverses espèces. Quand on peut avoir des renseignements plus précis, on retrouve chez eux antérieurement tous les symptômes du doute, de l'aboulie, de la timidité pathologique, tous les signes de la diminution de la volonté et de l'attention. C'est ce que l'on exprime communément en disant que ceux qui tombent dans l'alcoolisme avaient le caractère faible : cette remarque banale et indulgente ne doit pas nous tromper et nous empêcher de reconnaître un véritable état maladif.

Dans la plupart des cas l'impulsion à boire de l'alcool a commencé à une date particulière, à propos d'un certain événement de la vie. Il est facile de démontrer que l'alcoolisme débute dans les mêmes conditions que les diverses dépressions mentales. J'ai vu de ces individus qui pendant des années avaient résisté sans

1. *Névroses et idées fixes*, 1898, I, p. 204.

difficulté à la tentation, même en vivant dans des cabarets, devenir alcooliques à la suite d'une maladie infectieuse, fièvre typhoïde ou légère atteinte de tuberculose, tomber dans l'alcoolisme comme on tombe dans la dépression à la suite de surmenage physique ou moral, à la suite d'un changement de milieu, ou d'un changement de situation, à la suite d'une querelle, d'une rupture, d'un chagrin d'amour, etc. Ag., h. 52, par exemple, s'est livré à un travail excessif au milieu de grandes angoisses quand son usine a traversé une crise dangereuse. Au moment où le danger est conjuré, quand la prospérité revient, il succombe au surmenage et c'est à ce moment qu'il se met à boire. Une femme de 40 ans, Bh., a un travail excessif dans la maison de commerce où elle travaille, elle a des inquiétudes parce qu'elle a peur qu'on ne songe à la renvoyer : « L'inquiétude, dit-elle, m'a rendue malade, je me suis mise à pleurer et à boire. » C'est la tristesse, le mal du pays, le regret de ses montagnes qui détermine l'alcoolisme de Cg., h. 50, comme le changement de métier, le regret de sa machine amène celui de Fm., h. 32. Lav., f. 29, heureuse d'être fiancée, voit sur les affiches de la mairie publier les bans de son fiancé avec une autre, Ff., h. 28, attrappe la syphilis et doit renonçer à un bon mariage déjà décidé, Gg., f. 30, est abandonnée par son amant, Ct., f. 25, est abandonnée au milieu de sa grossesse, If., h. 32, trouve sa maison dévalisée et sa femme partie avec les voleurs : tous deviennent malades à propos de ces émotions et bientôt commencent à boire d'une manière dangereuse. Jh., h. 27, jaloux de sa maîtresse, Kg., f. 64, battue par son mari et insultée par son fils, Lg., f. 40, tourmentée par son mari bizarre et à moitié fou, Mg., f. 50, obligée de vivre seule après la mort de ses enfants, etc., se mettent à boire. Dans la plupart des cas d'alcoolisme, si on veut bien remonter à l'origine, on trouvera des débuts de ce genre, c'est là plus qu'on ne le croit la règle générale.

Pour comprendre l'apparition de l'alcoolisme après ces accidents de la vie, il faut insister sur un fait très important qui passe en général inaperçu. C'est que ces maladies, ces surmenages, ces émotions ne donnent pas naissance uniquement à l'impulsion à boire de l'alcool. Le plus souvent même ils ne déterminent cette impulsion que assez tardivement au moins quand l'individu n'était pas prédisposé à cette impulsion par des crises d'alcoolisme antérieures. Ces faits donnent naissance à un ensemble de trou-

bles fort divers, quelquefois analogues à des troubles névropathiques antérieurs, quelquefois nouveaux que le malade n'avait pas encore éprouvés sous cette forme. Chez mes malades, j'observe dans trois observations des crises convulsives, dans 9 des phobies, de l'agoraphobie, de la claustrophobie, la peur des maladies ou la peur de devenir fou, dans 8 observations des algies diverses de l'estomac, du dos, de la tête et de grandes angoisses, dans 7 des manies mentales, en particulier la manie de l'extrême qui joue un rôle dans les ivresses de If., h. 32, des tics, de la crampe des écrivains, des agitations, dans 5 autres enfin des obsessions de crime, de suicide, de persécution : « Je deviens un mannequin dont mon mari tire les ficelles » répète Ex., f. 35, après les malheurs qui ont détermé la dépression.

Ces malades ont tous à un haut degré les sentiments d'incomplétude si pénible que fait naître la dépression, sentiments d'inquiétude, d'ennui, de vide, de vague, de rêve, de peur, d'incapacité, de fausse reconnaissance, de défaut d'intérêt, de désorientation, de dépersonnalisation, de détresse, de mort, etc. : « C'est triste et c'est honteux, répète Dr., f. 33, quand on sent perpétuellement qu'il n'y a rien dans la vie, rien qui vaille la peine de vivre, de faire un effort ; je suis si étonnée quand je vois des gens qui pleurent, qui se fâchent pour quelque chose, qui trouvent que cela en vaut la peine. » — « Je me sens tout le temps en train de mourir, disait Nol., f. 20, je meurs faute de secours. »

Nous retrouvons toujours au fond de ces états les troubles de la volonté, les impuissances d'action, surtout les impuissances sociales qui sont l'essentiel de la dépression. Ces malades sont tous devenus incapables du moindre effort et sont épouvantés à la pensée de la moindre action qu'ils ont à faire. Og., f. 38, est devenue incapable de s'occuper de son ménage : « sa belle-sœur qui s'est réfugiée chez elle pendant la guerre complique horriblement la maison ». Pi., h. 40, mécanicien de son métier et très capable d'ordinaire, ne peut se décider à remonter une machine, il croit que ce doit être horriblement difficile « c'est encore quelque chose qui complique sa vie, il faudrait faire un effort et c'est épuisant ». Ff., h. 28, ne veut plus vivre dans sa famille « qui est trop correcte, trop cultivée, auprès de laquelle il faut se tenir un peu... il voudrait vivre dans un milieu inférieur, qui exige moins d'attention constante ». Qh., h. 50, est devenu incapable de faire la moindre démarche même quand elle est indispensable

pour la carrière de son fils, il veut que sa femme fasse tout dans le ménage. Dl., h. 55, qui est un homme intelligent et très bon, mais timide et susceptible, s'irrite de tout et « pousse la taquinerie jusqu'à la fureur », il a horreur de la société des hommes « qu'il ne peut comprendre et qui ne peuvent le comprendre ». Vd., h. 30, quoiqu'il soit notaire, ne peut plus signer aucun papier, si quelqu'un le regarde, parce qu'il a d'énormes tremblements des mains. Le., h. 41, agoraphobe et éreutophobe devient incapable de dire le moindre mot aux clients qui entrent dans son magasin. Cette difficulté, cette impossibilité de l'action sociale, qu'elle se traduise par les signes ordinaires de la timidité, ou par de la brutalité, ou par les troubles les plus divers qui masquent la timidité est un des grands caractères de la plupart des alcooliques. Elle dépend de la faiblesse de la volonté, de l'abaissement de l'action, de la dépression psychologique qui existe à mon avis chez la grande majorité des alcooliques, non par suite de leur intoxication, mais avant toute intoxication.

Nous constatons chez ces malades un autre fait particulièrement intéressant pour notre étude actuelle, c'est qu'ils présentent très souvent d'autres impulsions à côté de celle qui les pousse à boire de l'alcool. Un certain nombre (5 observations) ont en même temps de la boulimie, d'autres (3 observations) de l'érotomanie. Dans six cas je constate des fugues et de l'impulsion à marcher indéfiniment : une femme de 26 ans, Ms., alterne entre les deux impulsions : pendant quelques mois elle marche indéfiniment et veut « faire 45 kilomètres par jour sur une grande route » et pendant cette période elle ne boit pas ; puis pendant les mois suivants elle ne marche plus, mais elle se met à manger trop et à boire tous les liquides alcooliques qu'elle peut se procurer. Rg., h. 37, fait des fugues dans lesquelles il marche indéfiniment pendant plusieurs jours et pendant ces fugues il boit à chaque instant dans tous les cabarets qu'il rencontre surtout pendant les journées du début ; il faut noter, en effet, que à la fin de la fugue, quand il a déjà marché pendant plusieurs jours, il cesse de boire. Enfin parmi mes alcooliques je compte 4 cleptomanes : l'un d'eux que j'ai déjà cité est particulièrement curieux, il vole ses patrons afin de payer avec l'argent volé des consommations dans un cabaret à une foule d'inconnus qu'il invite sans raison. Il se sent heureux, réconforté au milieu de ces hôtes d'occasion. J'ai déjà essayé de montrer qu'il est excité par le succès de ses vols

et par l'orgueil que lui procure ce rôle d'amphytrion vulgaire. Toutes ces impulsions surajoutées nous sont en effet déjà connues, elles sont toutes des impulsions à des actes excitants.

Après ces remarques n'est-il pas vraisemblable que l'absorption de l'alcool par ces mêmes malades, dans les mêmes circonstances joue chez eux le même rôle, qu'elle les soulage et les guérit par le même mécanisme de l'excitation. La vérification est facile dans nos observations : tous les accidents névropathiques que nous avons notés chez ces malades disparaissent après l'absorption de l'alcool. Les attaques, les somnambulismes de Vi., h. 23, de Maria ne se reproduisent plus quand ils ont bu. Dr., f. 39, ne souffre plus du ventre et toutes les algies que nous avions notées chez elle n'existent plus. Les tics de toux de Gl., f. 45, ont cessé et Ik., h. 40, n'a plus sa crampe des écrivains : « Il peut écrire très bien, même en public, quand il est un peu saoul ». Les peurs sont effacées : « Mes peurs si terribles de la rue, des ponts, du feu, de la folie, dit Uh., h. 35, tout disparaît après deux ou trois verres de vin et l'influence peut durer toute la journée... Auparavant je ne pouvais pas me diriger seul, après avoir bu quelques verres je deviens un gaillard épatant. » — « J'ai ordinairement peur de tout, dit Vf., h. 31, et je me figure qu'il y a partout des cambrioleurs qui me menacent; si je bois, je n'ai plus peur de leurs revolvers. »

Enfin les faiblesses, les impuissances d'action sont guéries : « Que voulez-vous dit Uh., h. 35, quand je me suis marié, je n'ai été bon à rien auprès de ma femme et cela m'a beaucoup impressionné... Maintenant je bois et je suis un homme comme les autres ». — « Vous me dites de manger et de dormir, mais cela m'est parfaitement impossible, me dit Fs., f. 42, il faut me permettre quelques petits verres pour que je puisse manger, dormir une bonne nuit, heureuse de vivre. » Il en est de même de Fm., h. 32, de Pya., h. 40, de Xf., h. 40, qui ne mangent que s'ils ont bu, qui ne peuvent avoir de rapports avec une femme que s'ils ont bu, qui ne dorment que s'ils ont bu. Tous ces timides, tous ces abouliques sociaux sont transformés par l'alcool. Le., h. 41, peut sortir, rencontrer des amis, parler à des clients sans se sauver, quand il a pris quelques amers ou de l'absinthe. Vd., h. 30, peut signer des pièces en public sans trembler, quand il a pris en cachette quelques petits verres avant d'entrer dans l'étude. Lydia peut recevoir des visites, assister à des cérémonies, si

elle a pris en dehors du salon une demi-bouteille de Champagne. Alors elle est gaie, brillante : « On est content d'elle et elle est contente d'elle-même. » — « Au moins, dit aussi Yg., h. 25, quand il a pris ses dix verres d'eau-de-vie, je n'ai plus l'air d'un imbécile : l'alcool ne me saoule pas, il me rend présentable. »

C'est là l'essentiel de la question : l'alcoolisme tout entier est la conséquence de ce fait que nous avons déjà constaté et que ces nouvelles observations mettent encore mieux en lumière, que l'alcool n'agit pas de la même manière sur l'homme normal et sur l'homme en état de dépression. Il sort le premier de l'état normal et le plonge rapidement dans l'ivresse, tandis qu'il sort le second de l'inertie et de l'impuissance pour le ramener à l'état normal. Tout individu en état de dépression que l'alcool rend normal n'est pas encore sans doute un alcoolique, mais il est en instance d'alcoolisme. Il n'a plus que peu de pas à faire : il faut qu'il se rende compte que les tristes sentiments d'incomplétude, accompagnements obligés de la dépression, sont transformés par l'alcool et qu'il aspire à cette transformation. Il suffit qu'il constate ou qu'il imagine que l'alcool seul a un tel pouvoir, que rien ne peut le remplacer et il aura un besoin irrésistible de l'alcool. Dr., f. 33, si gravement alcoolique, exprime avec profondeur la raison de sa funeste passion : « L'alcool m'empêche d'être stupide, il me permet d'agir ; après avoir bu, je ne suis plus triste, faible, sans espoir, je suis une autre personne et j'ai l'ambition de vivre au lieu de rêver à la mort... L'alcool donne une valeur aux choses et c'est si insupportable de ne s'intéresser à rien... Quand j'ai bu, je sens que je vis et que c'est moi et j'aime à vivre et j'aime que ce soit moi... Que voulez-vous, si je bois, c'est pour éviter l'ombre ; c'est l'ombre qui vient auparavant et qui me force à boire... »

Il résulte de ces observations que l'alcoolisme se développe quand deux conditions sont réunies : 1° quand le sujet, constitutionnellement ou accidentellement à la suite de surmenage ou de grandes émotions, est tombé dans un état de dépression ; 2° quand il a senti la valeur excitante de l'alcool et que son besoin d'excitation s'est systématisé sur l'alcool. Ce début est bien caractéristique dans plusieurs observations. Uh., h. 35, avait depuis longtemps ses phobies des ponts, de l'eau, de la mort quand, pour le consoler de la mort d'un frère, des camarades l'ont mené « boire un verre ». C'est là qu'il a constaté pour la

première fois « qu'après avoir bu quelques verres il devenait un gaillard épatant ». Il en est de même pour Zg., f. 35, pour Lav., f. 29.

Cette forme de début est particulièrement nette dans une observation que j'ai déjà publiée. Un jeune médecin étranger d'une quarantaine d'années, parvenu au dernier degré de l'intoxication alcoolique m'a raconté lui-même les débuts de sa terrible passion pour l'alcool : « Depuis ma jeunesse, me disait-il, j'étais sujet à une bien pénible maladie. De temps en temps, tous les ans ou tous les deux ans, je tombais dans des états de tristesse profonde : pendant plusieurs mois, je devenais incapable de rien faire, de rien dire et surtout de rien décider. La moindre action demandait des efforts invraisemblables et cruels et surtout je souffrais d'abominables tortures morales à cause d'un affreux sentiment de mépris de moi-même, de honte morale : il me semblait que j'étais devenu le dernier des hommes et que je souillais tous les lieux où je pénétrais. Vous ne pouvez pas vous figurer ce que l'on souffre dans de pareils états. J'avais essayé inutilement tous les traitements, quand un jour un groupe d'étudiants vint me chercher pendant un des plus mauvais moments et m'entraîna à une fête universitaire ; on me traîna et on me fit boire presque malgré moi. Le résultat fut extraordinaire : après avoir bu énormément de boissons alcooliques je ne ressentis aucune ivresse, mais je me sentis devenir de plus en plus normal. Le voile qui me recouvrait la tête se déchira, il me sembla que je renaissais, que je commençais une vie nouvelle : je pus de nouveau parler et agir et mon sentiment de bonheur fut aussi exagéré que l'avait été précédemment le sentiment de la honte. Je rentrais chez moi sans aucun trouble, je pus digérer et dormir ce qui ne m'arrivait plus depuis longtemps et je me réveillais guéri. Que voulez-vous, quand les tristesses horribles ont recommencé quelques jours après, j'ai couru chercher le remède, d'abord avec curiosité, puis avec frénésie et depuis je n'ai plus jamais pu m'arrêter[1]. » Il serait facile de rapporter non pas quelques autres, mais cinquante autres observations calquées sur celles-ci. Cette évolution, je l'ai rencontrée dans nombre d'impulsions, dans les impulsions à la recherche de l'opium, de la morphine, même dans l'impulsion au vol, à la débauche, mais surtout dans le développement de l'impulsion à boire.

1. *Obsessions et psychasténie*, 1903, II, p. 424.

L'alcoolisme sera plus ou moins grave et prendra différentes formes suivant que le malade pourra plus ou moins facilement résister à ce besoin ou qu'il sera entraîné à y céder d'une façon plus ou moins irrésistible. Au début et pendant fort longtemps le malade n'aura recours à son remède que dans des circonstances particulières : Zh., h, 32, boit quand il doit monter sur sa locomotive « et croyez-moi, me dit-il, c'est encore ce qui vaut le mieux pour les voyageurs. » Pya. et Mh., h. 40, boivent quand ils vont voir leur maîtresse. Bien des femmes boivent avant de recevoir des visites, avant d'entrer dans le salon ou bien « quand elles doivent ouvrir une dépêche qui peut contenir une bonne ou une mauvaise nouvelle », quand leur mari est absent, quand elles ont perdu leur amant, etc. Pi., Le., boivent quand ils ont une difficulté avec leur personnel, quand ils doivent recevoir des clients. Ils boivent en un mot, comme ils le disent sans cesse « quand ils ont besoin de se remonter », c'est-à-dire quand les circonstances réclament que la tension psychologique monte au niveau de l'effort.

A ce degré l'alcoolisme n'est pas encore définitif, il dépend des circonstances dans lesquelles l'individu se trouve placé. L'alcoolisme se comporte comme toutes les impulsions des déprimés, il diminue quand la vie est simple et facile, il augmente quand les actions exigées par la situation deviennent plus élevées et plus coûteuses. Voici à ce propos une observation démonstrative : Un bon ouvrier tailleur, marié et père de famille ne buvait jamais. Disposant de quelques économies il s'installe à son compte et prend lui-même des ouvriers ; depuis ce moment il boit de plus en plus et tombe dans un alcoolisme très grave. Pourquoi ? Comme sa femme le dit très bien et, comme il le sait lui-même, c'est parce qu'il a des clients à recevoir, des décisions commerciales à prendre, des grosses sommes à payer. Il est gêné, timide, inquiet et ne peut rien faire de tout cela s'il n'a pas bu de l'alcool. Le changement de position et les responsabilités ont déprimé cette tête faible et il est devenu alcoolique en devenant un déprimé et en continuant à vivre une vie trop difficile pour sa tête faible. Mais si les circonstances sont inverses, si la vie devient plus facile et surtout si la dépression devient moindre, le malade cesse rapidement de boire de l'alcool : Lydia renonce vite à son Champagne, dès qu'elle se porte un peu mieux et si sa vie reste bien tranquille.

Malheureusement le malade abandonné à lui-même reste d'ordinaire peu de temps à cette période de l'alcool-remède ; il en arrive rapidement à la seconde période que l'on pourrait appeler celle de l'alcool-aliment. Il se sent poussé de plus en plus violemment à boire de l'alcool, il ne peut s'arrêter aux doses simplement nécessaires pour le remonter un peu, il ne peut supprimer l'alcool dans les périodes où il n'est pas indispensable. Plusieurs raisons psychologiques interviennent pour déterminer cette évolution et elles sont toutes en rapport avec le trouble de la volonté des psychasténiques. Des manies interviennent, manie de la continuation, de la répétition, manie de l'extrême : « Si je m'arrête avant d'être saoule, il me semble que je n'ai pas fini, que quelque chose est incomplet, et il faut que j'y retourne »... — « Je suis extrême en tout et il faut toujours que j'aille jusqu'au bout. » La peur de retomber et la peur de souffrir de nouveau par la dépression augmente sans cesse. Dr., f. 33, sent bien, quand elle est sous l'influence de l'alcool, qu'elle va retomber dans la dépression si elle s'arrête de boire « et l'horreur de l'ombre me met au désespoir, j'aime mieux continuer malgré tout, je n'ai plus la force de m'arrêter. » Si on se souvient que l'alcool délivre les malades d'un épouvantable supplice, on comprend qu'il détermine chez eux des tentations que l'homme normal n'éprouve pas. La malade que je viens de citer, me disait à ce propos une phrase qui nous fait sourire : « Vous ne connaissez pas la plus épouvantable douleur morale qu'il y ait au monde. — Laquelle ? — Avoir devant soi une bouteille de whisky entamée et ne pas la finir. » C'est pour cela qu'elle boit dès qu'elle est agitée et dès qu'elle a peur de retomber « et comme la plus petite émotion m'agite et me fait retomber, je suis obligée de boire à chaque instant. » Enfin la cause principale du développement de l'impulsion c'est la continuation et l'aggravation de la dépression qui diminue de plus en plus la volonté. Le sujet devient de plus en plus incapable de rompre une habitude, de s'exposer à une souffrance et en même temps il est de plus en plus impuissant, se trouve arrêté devant un nombre d'actes de plus en plus grand et éprouve bien plus souvent le besoin « d'être remonté ».

A ce degré le malade se rend encore bien compte du danger que lui fait courir sa passion pour l'alcool et des souffrances qu'elle impose à sa famille. Il manifeste de temps en temps des désirs

de se guérir, il fait des promesses solennelles et il fait des efforts plus ou moins sincères pour s'arrêter. On voit de grands alcooliques venir d'eux-mêmes chez le médecin pour demander à être guéris. Il y a quelques années des journaux ont parlé d'un sérum qui guérissait l'alcoolisme : pendant quelque temps un grand nombre de malades réclamaient une injection du prétendu sérum. Même au moment de leurs libations les malades ont des remords, des réflexions, des hésitations. Ils arrivent rarement à triompher, cela est vrai ; mais ils luttent encore, au moins de temps en temps. Ce caractère n'est pas sans importance pour distinguer ce degré particulier de l'alcoolisme.

On observe en effet trop souvent une troisième forme où par périodes, sinon constamment, le malade boit indéfiniment sans faire aucun effort pour s'arrêter et en sacrifiant tout à la satisfaction de son impulsion. Cette forme est celle à laquelle on réserve d'ordinaire le nom de dipsomanie que l'on a trop souvent séparée des formes précédentes de l'alcoolisme. Cette distinction était fondée d'abord sur certains caractères qui me paraissent peu importants. Le dipsomane, disait-on, est triste et il boit seul, tandis que l'alcoolique montre de la gaité dans ses libations qu'il accomplit d'ordinaire en compagnie. Ces remarques sont quelquefois assez justes, mais peu précises et ne s'appliquent pas à tous les cas. Quand on parle de la tristesse et de la gaîté de ces malades, qui sont d'ailleurs fort difficiles à apprécier exactement, il faut bien distinguer les moments de l'observation. Ils sont en général tous tristes avant de boire, car ils souffrent tous de la dépression fondamentale et ils sont souvent gais après boire quand l'alcool produit ses effets favorables. Tout ce que l'on peut dire, c'est que chez les plus malades l'alcool ne réussit plus à produire son effet excitant, ou que cet effet est très court et vite remplacé par l'intoxication. Il n'est pas non plus exact de dire que tous les alcooliques aux premiers degrés boivent en société. Ces femmes, dont j'ai parlé, qui ont besoin d'une bouteille de champagne avant de passer au salon pour recevoir une visite, boivent seules et en cachette, car elles auraient honte de faire connaître leur besoin d'excitant. De grands dipsomanes comme Oc., h. 38, convient des passants nombreux à boire avec eux, car ils cherchent à joindre une excitation sociale à celle de l'alcool On peut seulement reconnaître qu'une impulsion devenue très violente est en général très systématisée, très étroite

et que le malade arrivé à ce degré ne pense d'ordinaire qu'à l'alcool et à rien d'autre. Ces caractères qui ont rarement quelque intérêt indiquent donc simplement une augmentation de la force et de la systématisation de l'impulsion.

J'attache plus d'importance à deux autres caractères : l'impulsion du dipsomane se présente par crises et elle ne rencontre aucune résistance. Examinons d'abord le premier point : beaucoup de ces malades ne boivent pas constamment, ils ont des périodes de répit puis ils présentent des sortes de crises. Après une incubation plus ou moins longue dans laquelle la dépression s'accentue, ils absorbent constamment, pour ainsi dire jour et nuit toutes espèces de boissons alcooliques. Cela dure un certain temps, puis ils cessent de boire et prennent même l'alcool en horreur jusqu'à la prochaine crise. Il en est ainsi dans la moitié de mes observations où les malades restent souvent trois mois ou même deux ans sans boire autre chose que de l'eau, puis, quand on les croit bien guéris, présentent une crise abominable et se précipitent sur un alcool quelconque pendant quelques jours ou quelques mois. Une malade, Bqa., f. 34, est même assez curieuse, elle reste six semaines sans boire et boit pendant quinze jours, et cela avec une certaine régularité depuis deux ans.

Il ne faut pas exagérer l'importance de ce caractère : des malades comme Maria, cette femme de 30 ans dont j'ai déjà souvent discuté la curieuse observation, était bien au plus haut degré de la maladie, car elle buvait indéfiniment de l'alcool et de l'éther sans essayer la moindre résistance et elle sacrifiait tout d'une manière absurde jusqu'à donner sa robe et son jupon pour deux sous d'éther. Mais elle n'avait réellement d'interruption que lorsqu'elle passait quelques semaines dans une prison ou dans un hôpital ; dès qu'elle avait un instant de liberté elle recommençait immédiatement, on peut dire qu'elle est restée une dizaine d'années dans un état dipsomaniaque continuel. Un homme de 32 ans, Fm., me paraît aussi être resté dans un état dipsomaniaque pendant trois ans. Quand on observe des interruptions très nettes avec disparition complète du besoin de l'alcool, c'est que l'on se trouve en présence de ces malades si nombreux chez lesquels la dépression se présente par crises, le plus souvent irrégulières et provoquées par les circonstances, quelquefois plus régulières et en quelque façon périodiques, sans

que l'on puisse toujours bien comprendre la raison de la périodicité apparente. L'impulsion à boire de l'alcool disparaît à la fin de la dépression comme les obsessions, les manies, les autres impulsions. Ces interruptions dans les impulsions alcooliques ne changent donc pas beaucoup la nature de l'impulsion elle-même, mais jouent un rôle assez remarquable dans l'évolution de la maladie.

Le dernier caractère, l'irrésistibilité de l'impulsion qui doit distinguer l'alcoolomanie, la dipsomanie proprement dite, me paraît plus important, car dans l'étude des impulsions le degré de la résistance constitue le fait essentiel. J'ai déjà été amené à reconnaître que les impulsions à la recherche de l'excitation sont beaucoup plus puissantes que les impulsions obsédantes des scrupuleux, que leurs impulsions dites criminelles par exemple. Il faut encore reconnaître que dans certains cas l'impulsion à l'excitation par l'alcool semble irrésistible, car elle supprime même la conscience personnelle et la mémoire et s'exécute dans une sorte d'état second. Les fugues dipsomaniaques de Rg., h. 37, comme celles de Maria se font entièrement en état second ; le malade ne reprend conscience que vers la fin de sa fugue et ne conserve quelques souvenirs personnels que des dernières journées. Sans arriver à des formes aussi extrêmes beaucoup de malades n'ont que peu de conscience personnelle pendant la crise. Ils n'ont qu'une seule pensée, celle de boire et aucune autre considération n'apparaît dans la conscience pour lutter contre l'idée impulsive. Aussi quand ils ont commencé à boire, ils n'ont aucune de ces hésitations que nous avons encore vues chez les alcooliques précédents, ils ne sont arrêtés par aucune considération ; ils se dépouillent de tout ce qu'ils possèdent, vendent jusqu'aux vêtements qu'ils ont sur eux ou engagent les biens de leur famille, ils sacrifient ce qu'ils ont de plus précieux pour se procurer un verre d'alcool. Après leur crise ils ne comprennent rien à ce qu'ils ont fait : « Je sais bien que mon mari et mes enfants vont me quitter si je continue, je les aime pourtant, je tiens à eux plus qu'à ma propre vie ; comment se fait-il que je ne puisse pas penser à eux un seul instant pendant que je bois. » Hack Tuke raconte qu'un homme était entré volontairement dans une de ces maisons de traitement où on ne donne à boire que de l'eau ; il remarqua que le médecin avait accordé un verre d'alcool à un pensionnaire qui venait de se blesser grièvc-

ment ; sans hésitation il prit une hache et se coupa un poignet pour demander un verre d'alcool. Cette ancienne histoire peut servir d'illustration pour montrer combien ce besoin d'alcool peut devenir irréfléchi et irrésistible.

Cette dernière transformation peut s'expliquer par une aggravation des troubles précédents, dépression, sentiments insupportables d'incomplétude, diminution de la volonté, automatisme. On peut remarquer qu'il s'y ajoute des phénomènes rappelant la confusion. le rétrécissement de l'esprit et la suggestibilité des hystériques et l'on peut observer que l'intoxication détermine précisément des phénomènes de ce genre. Nous avons noté autrefois que certains intoxiqués alcooliques présentaient un état mental analogue à celui des hystériques. Il se peut que l'intoxication alcoolique chronique soit venue ici compliquer la dépression primitive et y ajouter des troubles nouveaux. Des individus comme Dx., f. 35, éprouvaient au début, à l'occasion d'une petite émotion, le simple besoin de se remonter par un verre d'alcool et présentent au bout de quelques années une grande crise de dipsomanie « à propos de la moindre contrariété ». Il est juste de distinguer cette nouvelle forme de la maladie des précédentes sous le nom de dipsomanie ou d'alcoolomanie, mais à la condition de la considérer simplement comme un degré ultime des précédentes et de reconnaître qu'au fond toutes ces impulsions sont du même genre et prennent toujours leur point de départ dans la recherche de l'excitation alcoolique pour sortir de la dépression.

Ces études sur les impulsions alcooliques me dispensent de longs détails sur les impulsions du même genre, car d'autres substances déterminent chez les déprimés des effets analogues. Quelques-unes des substances qui jouent ce rôle sont le tabac, l'absinthe, et les essences qui entrent dans la composition de cette liqueur ainsi que dans celle du vulnéraire [1], l'éther, l'opium, la morphine, l'héroïne, le chloral, la cocaïne, etc... On pourrait répéter à leur propos toutes les études précédentes ; les individus qui présentent des impulsions à user de ces substances sont des névropathes héréditaires qui ont déjà présenté auparavant toutes sortes de troubles caractéristiques. Ces substances n'agissent pas

1. Cf. C. Cadéac et A. Meunier, *Contribution à l'étude de l'alcoolisme*; *Étude physiologique de l'eau d'arquebuse ou vulnéraire*, 1892.

chez eux de la même manière qu'elles agissent sur l'homme normal, elles ne se bornent pas à produire des ivresses, des insensibilités, des sommeils ; elles arrêtent des accidents névropathiques, elles suppriment des sentiments pénibles d'incomplétude, elles restaurent la volonté, elles sortent les malades de la dépression par l'excitation.

Il suffit de rappeler un petit nombre d'exemples : une femme de 64 ans, Kg., s'enivre de tabac, elle en prise et elle en chique « jusqu'à ce qu'elle n'ait plus du tout envie de se jeter sous le tramway ». 11 malades, 6 femmes et 5 hommes boivent ou respirent de l'éther afin d'arrêter la crampe des écrivains et de pouvoir écrire en public, pour chasser des phobies terribles, pour pouvoir dormir, pour arrêter de grandes crises d'hystérie, etc... Vc., h. 43, se servait d'abord de l'alcool, mais préfère maintenant la morphine dont il prend 10 centigrammes par jour pour arrêter les dépressions, les aboulies, les doutes, les sentiments de détresse : « J'ai un tel besoin d'échapper à ces horreurs et d'être heureux comme tout le monde. » Les grandes crises et les grands délires de Sg., f. 50, sont arrêtés par la morphine et Duv., f. 37, qui a de grandes crises de mélancolie périodique, arrivait dans la dernière crise à faire cesser la mélancolie par des doses invraisemblables de morphine. Yp., h. 30, aboulique, timide, scrupuleux, obsédé a d'abord abusé de l'alcool et de l'absinthe et est arrivé à l'opium, sous la forme de laudanum, qu'il avale par grands verres, comme le célèbre De Quincey. Fait curieux et bien conforme à nos observations précédentes : c'est un malade qui tombait d'ordinaire facilement dans le délire psychasténique, et qui, transformant alors en délire ses obsessions, se croyait destiné à jouer le rôle de Jeanne d'Arc et se laissait aller à une conduite absurde et dangereuse. Quand il a bu un verre de laudanum, il retrouve tout son bon sens et travaille à réparer ses absurdités. Je n'insiste plus que sur une seule observation : Om., h. 22, présentait depuis l'enfance toutes sortes d'accidents nerveux, troubles circulatoires, grands accidents d'entérite muco-membraneuse, aboulies, impuissances diverses, inversion sexuelle, phobies, sentiments d'incomplétude très complexes, obsessions érotiques, impulsions génitales, etc... Quand ces dernières ne pouvaient être assouvies, elles donnaient naissance à de grandes crises hystériques avec éjaculation très abondante et souvent sanglante, auxquelles s'ajoutaient de temps en temps

des accès épileptiques. Il a usé et abusé de tous les médicaments, laudanum, véronal, éther, morphine, cocaïne, adaline ; ce dernier toxique le transformait quelque temps et lui donnait une gaieté et une confiance singulière, la cocaïne « centuplait ses forces et lui donnait une grande élévation d'esprit ». Mais il a tout abandonné pour l'héroïne qu'il a bientôt poussé à des doses énormes, 90 centigrammes par jour en injections sous-cutanées dont il obtenait des effets merveilleux. A peu près tous les accidents ont été complètement supprimés pendant 18 mois ; la digestion est devenue normale, un sentiment de bien-être et de chaleur a remplacé les angoisses, les sentiments sont devenus normaux ; les impulsions génitales ont disparu et avec elles les attaques hystériques, bien mieux les accès d'épilepsie ont complètement disparu.

On a souvent fait observer que des malades de ce genre ont recherché une foule de poisons à tort et à travers sans tenir grand compte de leurs effets physiologiques, simplement poussés par le besoin singulier d'absorber un poison étrange et dangereux, qu'ils sont simplement des toxicomanes. Cela est exact : dans nos observations une femme de 62 ans s'est intoxiquée successivement par cinq poisons différents, une jeune fille de 26 ans, fille d'un médecin il est vrai, a eu successivement des impulsions pour l'alcool, l'éther, le chloroforme, l'opium, la morphine, la codéine, l'atropine, l'hyoscine, la thiantine, avant que l'on ait fini par l'enfermer. Ces malades ne se bornent pas à la seule excitation physiologique de la substance chimique, ils recherchent une excitation plus compliquée de nature psychologique. Ces femmes sont remontées par le fait d'accomplir une action étrange que les autres femmes ne font pas. Ce fait intervient quelquefois même dans les simples manies de l'opium. Quand Emma est si heureuse de fumer une pipe d'opium dans un petit boudoir chinois à demi obscur, quand elle prétend y trouver une béatitude infinie, « comme si l'esprit dégagé du corps vivait seul et à sa guise », il y a dans l'effet obtenu une petite part due à l'opium et une grande part due à la vanité et au snobisme. Chez les toxicomanes il y a aussi l'attrait du danger, le désir de sensations nouvelles qui ajoutent leur action excitante à celle de la substance elle-même. Nous retrouvons là une complication que nous avons déjà connue dans la boulimie et dans l'alcoolisme, quand nous avons vu se combiner l'alcoolisme avec la clepto-

manie, quand nous avons vu Mc. avaler jour et nuit du café au lait et des petits pains volés, afin d'ajouter à l'excitation par la nourriture celle que donnent des aliments *défendus* et des aliments *volés*[1]. La substitution d'une de ces excitations à une autre est très intéressante car elle montre que ces phénomènes ont au fond une certaine communauté de nature. Une femme de 30 ans, Eh., qui présentait de la dépression et des attaques d'hystérie, avait été longtemps traitée par l'hypnotisme et les excitations æsthésiogéniques qui supprimaient tous les troubles, mais qui devaient être répétés assez fréquemment. Obligée de renoncer aux soins de son médecin, elle imagina de recourir aux piqûres de morphine qui produisirent le même effet. Ces complications et ces substitutions nous rappellent l'existence d'autres excitations dues à des agents moraux, mais ne suppriment pas le fait fondamental de l'excitation produite par certains poisons.

Quand un sujet relevé par un de ces poisons en est privé, quand il cesse d'être sous son action, il retombe dans son état de dépression primitive, il retrouve les accidents et les souffrances qui avaient été momentanément suspendus ; en outre il présente les symptômes physiques et moraux de l'intoxication surajoutée. Le morphinomane en état de besoin est pâle, livide, couvert de sueur froide, tourmenté par des diarrhées fréquentes, par des crampes, par des angoisses, par des syncopes. Il est tout naturel qu'il désire ardemment échapper à ces tortures et qu'il aspire à la piqûre libératrice. Ce besoin, suivant la gravité de la dépression, suivantla durée et la profondeur de l'intoxication, varie depuis le désir contenu par des considérations de santé et d'argent jusqu'à l'impulsion irraisonnée et irrésistible. Il y a des morphiniques et des morphinomanes, comme il y a des alcooliques et des alcoolomanes.

Dans un chapitre précédent nous avons vu que l'état mental et en particulier la tension psychologique pouvaient être transformés par l'accomplissement de certaines actions. Les études que nous venons de faire ont eu pour objet de mettre en évidence un autre fait psycho-physiologique, c'est que l'ingestion de certaines substances pouvait produire le même effet ; c'est là une notion de la plus grande importance pour la psychothérapie.

1. *Névroses et idées fixes*, 1898, II, p. 194.

4. — Les médications directes des névroses.

Ces impulsions à l'absorption de poisons qui excitent nous mettent d'abord en présence d'un danger et ensuite nous donnent une indication thérapeutique. Nous ne pouvons donner malheureusement sur l'un et l'autre problème que de brèves indications.

Les drogues excitantes ne se bornent pas malheureusement à déterminer de l'excitation, elles ont des effets secondaires des plus nocifs. Sans doute les déprimés résistent plus à l'ivresse que les individus normaux et quelques-uns comme Yg., h. 25, semblent n'y parvenir jamais. Mais ils finissent cependant pour la plupart par arriver à des troubles analogues, souvent plus graves. Il arrive un moment où la tension psychologique n'est plus en rapport avec la quantité des phénomènes psychologiques et où se manifeste de l'agitation, de l'incohérenc, du délire. Beaucoup des malades précédents terminent leur agréable excitation par du délire.

Quand l'absorption de l'alcool ou des toxiques se répète, quand les doses sont croissantes afin d'augmenter l'excitation, des effets secondaires en rapport avec l'intoxication apparaissent de plus en plus. On pourrait dire qu'au début l'introduction d'un poison dans l'organisme met toutes les fonctions en garde et détermine comme le début d'une guerre une mobilisation de toutes les forces de l'organisme, ce qui relève l'activité générale et par conséquent la tension psychologique. Mais si l'ingestion du poison continue en doses croissantes, si la guerre se prolonge trop longtemps, les réserves de l'organisme s'épuisent, l'intoxication et l'invasion s'installent et la dépression devient telle que rien ne peut plus la supprimer. Ces interprétations hypothétiques de faits si peu analysés peuvent peut-être nous fournir une image qui rapproche le mécanisme de ces excitations physiologiques par des poisons de celui que nous avons déjà proposé pour les excitations psychologiques par des actions simples et anciennes et en même temps nous faire comprendre comment ces excitations ont des limites qu'il est dangereux de franchir.

Quand on se trouve en présence d'un alcoolomane, d'un morphinomane, on a évidemment affaire en premier lieu à un indi-

vidu en état d'intoxication et on doit se préoccuper de le désintoxiquer. Supprimer le poison par la surveillance stricte du malade, par l'isolement complet, le supprimer plus ou moins graduellement, établir un régime spécial, se servir des purges, des divers procédés qui facilitent l'élimination, soutenir le malade pendant les éliminations pénibles, etc. Tout cela est bien connu : nous avons déjà indiqué les grandes lignes des traitements par désintoxication et nous ne pouvons pas ici entrer dans les détails de la démorphinisation. Mais, si je ne me trompe, ce n'est là qu'une première partie du problème, car nous avons surtout affaire à un individu qui s'est intoxiqué parce qu'il avait besoin de cette intoxication. Il ne suffit pas de s'occuper du poison, de rattacher tous les troubles à la présence du poison. Nous avons déjà critiqué ceux qui dans l'alcoolisme ne s'occupent que de l'alcool : ils se figurent qu'ils suppprimeront l'alcoolisme en établissant des droits sur l'alcool, en travaillant à supprimer l'alcool lui-même, mais ils oublient de s'occuper de l'homme alcoolique qui a créé l'alcool et qui le remplacera par quelque chose d'équivalent si l'alcool est supprimé. Il faut donc en second lieu se préoccuper du trouble de la dépression qui a amené le besoin du poison avant toute intoxication et qui ramènera le même besoin après la désintoxication la plus complète.

L'observation de Om. nous montre bien le rôle que jouent la dépression et ses oscillations dans la désintoxication elle-même, dans le traitement de la morphinomanie. Ce jeune homme tout à fait déséquilibré et d'ordinaire en profonde dépression présente cependant, comme cela est fréquent chez ces malades, des périodes où sous diverses influences sa tension psychologique remonte plus ou moins complètement. Il a quelquefois une de ces périodes d'excitation durant six semaines ou deux mois pendant les chaleurs de l'été, en juillet-août. Si par hasard la tentative de démorphinisation coïncide avec cette période, elle réussit admirablement. Placé en effet, à l'un de ces moments, dans une maison de santé ce malade a supporté allègrement la diminution assez rapide, puis la suppression complète de l'héroïne, le médecin triomphait. Revenu chez lui, le malade sentit au bout de peu de jours les premiers symptômes de la dépression qui réapparaissait ; malgré toutes les résistances, il recommença les piqûres et très rapidement remonta à sa dose antérieure d'héroïne. A ce moment on voulut recommencer une nouvelle tentative de

démorphinisation, mais, le malade étant cette fois en pleine période de dépression, les choses ne se passèrent plus du tout de la même manière que la première fois. La diminution de la drogue amenait immédiatement la réapparition des accidents graves, angoisses, grande entérite, impulsions génitales, crises hystériques avec éjaculation, accès épileptiques, etc. Les accidents qui avaient été supprimés par l'héroïne revenaient quand on la diminuait : il fallut momentanément renoncer à la démorphinisation. Il en est de même pour l'alcool : il y a des moments où on supprime très facilement le Champagne de Lydia et le whisky de Dr., il y a d'autres périodes où cette suppression très difficile amène de grands troubles physiques et mentaux. Si cependant on réussit momentanément à désintoxiquer ces malades sans traiter leur dépression sous-jacente, on s'expose à ce qu'ils recommencent peu de jours après l'usage du même poison ou de quelque autre.

En dehors de certains soins particuliers que réclame leur état d'intoxication, le traitement des dipsomanes et des toxicomanes rentre donc en réalité dans le traitement des impulsions excitantes dont nous avons déjà parlé. Il faut lutter contre l'exclusivisme de l'impulsion, chercher d'autres sources variées d'excitation, faire sentir au malade qu'il y a des excitations d'ordre mental comme des excitations physiologiques, et surtout diminuer le besoin d'excitation en diminuant la dépression, en relevant la tension psychologique par tous les moyens, etc. Ce sont là des problèmes difficiles dont j'ai sans cesse dans ce livre étudié les diverses solutions. Dr. était hypnotisable, elle pouvait éprouver à la suite d'une séance d'æsthésiogénie la même excitation que lui procurait l'alcool ; c'était une femme qui avait besoin d'une direction et dont les dépenses morales diminuaient quand elle se sentait tenue. En trois mois elle a pu être débarrassée d'une impulsion alcoolique qui durait depuis des années. Dans d'autres cas sont intervenues les méthodes de repos, de simplification de la vie, d'excitation par le travail, etc. Le traitement des toxicomanes en dehors du traitement particulier de telle ou telle intoxication ne présente donc pas de problèmes spéciaux, il nous remet en présence des difficultés ordinaires du traitement des névropathes déprimés.

Si nous laissons de côté ce problème spécial, l'existence de

pareilles impulsions nous révèle l'action excitante de certaines substances. L'utilisation de cette notion supposerait des études qui me semblent encore dans l'enfance, des études sur l'ivresse ou plutôt sur les ivresses. Ces études ont été commencées à l'époque de Moreau (de Tours), elles ont été continuées de temps en temps en particulier dans les beaux travaux de M. Charles Richet, elles me semblent encore très imparfaites. La psychiatrie française qui a si tristement oublié ses traditions pour se mettre à la remorque de métaphysiques étrangères devrait bien y revenir et reprendre l'observation des faits concrets. L'étude des ivresses, de l'action immédiate et lointaine de telle ou telle substance sur des individus différents dont l'état mental préalable aurait été bien déterminé serait des plus fructueuses : elle nous révélerait des faits importants dont la psychothérapie pourrait tirer le plus grand profit.

Aujourd'hui nous sommes très ignorants de toutes ces choses et nous ne pouvons avancer qu'en tâtonnant et utiliser timidement les quelques propriétés à peu près connues de certaines substances. Quand on a affaire à des malades que l'on tient bien en main, chez qui on surveille les effets psychologiques du médicament, que l'on sait pouvoir arrêter au moment voulu, on peut tirer bon parti de ces substances excitantes. Pour prendre tout de suite le cas le plus délicat, il me semble que par respect humain le médecin redoute trop de parler de l'alcool. Le plus souvent le médecin ne parle du vin et de l'alcool que pour en interdire complètement l'usage. Il n'est pas toujours prudent de supprimer complètement des excitations habituelles sans se demander par quoi on va les remplacer. Voici une femme de 58 ans, Rh., évidemment prédisposée aux troubles névropathiques et facilement dépressible, mais intelligente et très active. Comme elle présente quelques troubles de l'estomac à forme hypersthénique, son médecin examine son régime et constate que depuis des années elle se nourrit de viande et boit régulièrement du vin sans aucun excès, mais en quantité notable, qu'elle a même l'habitude de prendre du café. Il lui explique, probablement avec raison, que tout cela est fort dangereux pour son estomac : la malade s'en inquiète et, exagérant peut-être la consigne, se met complètement au régime de l'eau et de la farine. Non seulement les forces physiques, mais encore les forces morales disparaissent rapidement, les doutes, les phobies

et les obsessions s'installent : « Je n'existe plus, je ne vis plus que pour des sottises. » Sommes-nous bien coupables en rétablissant le régime antérieur, en permettant du vin et quelques excitants qui amènent rapidement une amélioration ? M. Lagrange avait déjà fait des remarques analogues à propos du café[1] : « Les boissons excitantes comme le thé ou le café peuvent, disait-il, accidentellement favoriser le sommeil chez des hommes surmenés. J'ai vu des moissonneurs qui après une journée de fatigue écrasante ne pouvaient dormir que s'ils prenaient du café en se couchant ; les mêmes hommes auraient passé une nuit blanche en temps ordinaire s'ils avaient fait le même extra un jour de repos. » C'est à la suite des mêmes observations sur l'effet particulier de ces substances chez des malades déprimés que j'ai conseillé à une dizaine de malades de se servir d'un verre de Champagne, d'un peu d'alcool, de café, ou quelquefois de kola pour arrêter des angoisses, des crises d'interrogation anxieuse, des impulsions. J'ai autorisé des malades à continuer leur demi-bouteille ou quelquefois leur bouteille de Champagne par jour, en exigeant de temps en temps une semaine ou deux d'interruption, et je leur ai fait traverser ainsi des périodes difficiles sans accidents. L'alcool est un médicament et il ne devrait être qu'un médicament ; mais il ne faut pas avoir honte de prescrire du vin, tandis qu'on prescrit la tête haute de la strychnine. Les excitants usuels, s'ils sont bien réglés, peuvent rendre de véritables services.

Les aliénistes sont plus habitués à se servir de l'opium qui était déjà recommandé par Esquirol[2] et qui est donné assez largement dans les états mélancoliques. Il peut rendre des services dans la plupart des dépressions quoique son action soit irrégulière et que certains malades n'en ressentent guère les effets excitants. L'usage de la morphine dans le traitement des névroses, qui a eu une période de célébrité, a été plutôt malheureux. Il a créé bien des morphinomanes, à mon avis parce que les malades étaient beaucoup trop abandonnés à eux-mêmes sans surveillance. Ce médicament devient certainement dangereux quand il est laissé entre les mains du malade, ou simplement quand le médecin ne surveille pas régulièrement les oscillations du niveau mental et ne cherche pas à varier les excitants. Il faut

1. Lagrange, *Mécanothérapie*, p. 439.
2. Esquirol, *Maladies mentales*, I, p. 153.

donc éviter de s'en servir quand ces conditions ne peuvent pas être remplies. Quand on y a recours, il faut autant que possible le faire à l'insu du malade qui ne doit pas toujours savoir ce que l'on met dans une injection ; il faut éviter de l'employer régulièrement et pendant de longues périodes, il faut fréquemment le remplacer par d'autres substances. Mais employé avec précautions il peut rendre au psychiatre de grands services momentanés. Il arrête les crises d'angoisse et souvent les agitations délirantes, il rend plus facile l'emploi de la suggestion et le début de plusieurs traitements psychologiques qui une fois amorcés permettront de le supprimer. En raison d'une grande prudence je n'ai utilisé ce médicament que dans un très petit nombre de cas et pendant peu de temps ; mais les résultats ont été heureux et il me semble probable que plus tard une connaissance plus approfondie de cette excitation par l'opium et les substances qui en dérivent permettra d'y recourir bien plus souvent.

A côté de ces substances qui sont connues du public et que des impulsions dangereuses ont rendues célèbres, on a découvert d'autres substances qui avaient une action sur la quantité ou la tension des phénomènes psychologiques et la médecine mentale les a utilisées. Il est impossible de les énumérer toutes, il suffit d'en indiquer quelques-unes pour montrer que la psychothérapie ne doit aucunement se désintéresser de ces traitements pharmaceutiques.

Les bromures paraissent diminuer les agitations, ils semblent agir en réduisant les réflexes, en élevant le seuil de l'éveil des tendances et par conséquent en diminuant le nombre des tendances en érection, disposées à s'activer. Quoique le mécanisme psychologique de l'action des bromures n'ait guère été étudié, il me semble que ce médicament agit de la même manière que certaines maladies ou certaines attaques qui épuisent les forces et qui ramènent le calme avec la faiblesse. Il est probable qu'il ne détermine pas directement une élévation de la tension psychologique, mais qu'il diminue la quantité des forces disponibles, ce qui rétablit la proportion entre la quantité et la tension. Il en résulte que les divers bromures constituent des médicaments psychologiques des plus intéressants. En dehors des accidents proprement épileptiques dans lesquels ils ont, malgré quelques contradictions, une action reconnue, ils peuvent jouer un rôle utile dans beaucoup d'accidents névro-

pathiques. J'ai constaté dans un grand nombre de cas une action remarquable des fortes doses de bromure sur des accidents spasmodiques, sur des états anxieux ou obsédants. Dans un cas assez curieux, le bromure à la dose de 5 à 7 grammes par jour pendant quelques jours seulement arrêtait net les crises très graves de blépharospasme avec photophobie, larmoiement et énorme rhinhorrée d'un jeune homme de 17 ans, chez qui ces crises se prolongeaient auparavant pendant des semaines et déterminaient un état très grave. Mais il ne faut pas généraliser : un plus grand nombre de malades analogues ne m'ont pas paru retirer de l'usage même prolongé du bromure un bénéfice bien appréciable. Il est probable qu'il faudrait savoir distinguer ici davantage les troubles de la quantité et les troubles de la tension psychologique : nous nous heurtons à l'insuffisance de nos études psychologiques du malade.

M. Gilles de la Tourette recommandait autrefois dans le traitement des crises convulsives et des agitations de diverses espèces l'usage du chloroforme à doses fractionnées comme dans les accouchements. « Il agit toujours activement, disait-il, et son emploi désagréable ne risque pas de passer à l'état d'habitude ». Cette dernière remarque est inexacte : j'ai connu deux malades qui avaient pris la manie du chloroforme, tout médicament peut devenir l'objet d'une manie chez les sujets qui ne sont pas suivis attentivement. Sauf dans certains cas de contracture où le chloroforme peut servir au diagnostic, cette pratique me semble bien inutile et dangereuse, il vaut mieux en cas de nécessité faire respirer quelques bouffées d'éther ou mieux pratiquer l'injection bien connue d'éther qui rend des services dans les crises convulsives et dans les évanouissements. Magnan a contribué à répandre l'usage du chlorhydrate d'hyoscine pour calmer l'agitation maniaque « dont il serait en quelque sorte le spécifique ». Ce médicament est moins étudié encore que le bromure.

Les recherches ont surtout porté sur les médicaments toniques qui peuvent avoir un effet excitant. Beaucoup d'auteurs autrefois, comme Axenfeld, Huchard, Féré, Brissaud, recommandaient le fer comme l'excitant des névropathes. Il ne me semble pas aujourd'hui que son action excitante soit également reconnue. L'acide phosphorique a été mis en vogue par les travaux de MM. Joulie et Cautru : dans 12 observations en particulier où

j'avais essayé ce médicament isolément, il m'a semblé avoir une action efficace sur la dépression mentale. L'arsenic et ses dérivés, quoique l'on ait peut-être exagéré leur efficacité, produisent en relevant la vitalité un effet excitant qui peut être utilisé. M. Jean Lépine a obtenu des résultats avec le nucléinate de soude, dont je n'ai guère l'expérience, mais qui semble pouvoir s'ajouter aux médicaments précédents. M. Toulouse a publié des expériences extrêmement intéressantes sur l'effet excitant des injections sous-cutanées d'oxygène. Le principe de ces recherches me semble très séduisant, car il y a certainement dans les états de dépression une diminution de l'oxydation qui se manifeste quelquefois, comme nous l'avons constaté, par la diminution de la production de l'acide carbonique. Il est probable qu'il y a là une indication fort importante pour les recherches futures.

Peut-être à l'imitation des thérapeutiques qui ont été avantageuses dans le traitement des tuberculoses, les médecins qui traitaient les névropathes ont été amenés à essayer les médications recalcifiantes. Elles ne semblent présenter un grand intérêt et depuis quelque temps j'essaye de soumettre un certain nombre de ces malades à des régimes analogues à ceux que M. Ferrier proposait pour les tuberculeux. Il faut prendre dans ce cas des précautions alimentaires pour éviter la décalcification et faire absorber aux malades quelques préparations phosphatées et calciques. Les résultats obtenus en quelques mois dans 13 cas me semblent encourageants et cette thérapeutique me paraît agir à la fois sur l'agitation et sur la dépression. D'ailleurs les préparations à base de phosphate de chaux, de glycéro-phosphate de chaux, d'hypophosphite de chaux et surtout les préparations à base de magnésie, sont utilisées depuis longtemps avec avantage dans le traitement des névropathes. Dans un certain nombre de cas les préparations à base de chlorure de calcium m'ont semblé particulièrement utiles, surtout chez les malades qui présentent des troubles de la circulation.

Le médicament qui semble avoir aujourd'hui le plus de vogue pour déterminer l'excitation semble être le sulfate de strychnine. Depuis longtemps ce médicament était utilisé dans la plupart des troubles nerveux. Quelques auteurs l'ont déjà employé avec succès dans le traitement des dipsomanes pour remplacer l'alcool[1]. M. Hartenberg, dans son étude sur le traitement de la

1. Tolvinsky, Popoff, Traitement de la dipsomanie, *Wratsch*, 1912.

neurasthénie, 1912, a proposé de modifier et d'étendre l'emploi de ce médicament. Il montre que l'on peut sans danger augmenter la dose employée et que ces doses plus élevées constituent un véritable tonique nerveux. Tandis que l'on se bornait avec une prudence exagérée à des doses de un ou de deux milligrammes par jour, il croit que l'on peut monter jusqu'à 15 ou 20 milligrammes soit en injections, soit par la bouche. Ces doses élevées peuvent déterminer un peu d'ivresse, un peu de raideur des mâchoires ou des jambes pendant une demi-heure, mais ces troubles fort passagers et sans importance sont suivis d'un grand bien-être et le relèvement de l'activité serait obtenu assez régulièrement par cette médication. Récemment, M. Martinet signalait aussi la strychnine comme un médicament capable à la dose de 2 à 6 milligrammes par jour de relever la tension sanguine, souvent fort basse chez les névropathes.

Depuis bien des années j'utilisais la strychnine en injections sous-cutanées aux doses moyennes de 3 à 6 milligrammes : depuis ces nouvelles études j'ai essayé d'augmenter ces doses et de constater les effets de ce traitement sur un certain nombre de malades. Quelques-uns ont mal supporté l'augmentation : il est difficile de dépasser 4 milligrammes chez Wkx., h. 29, les petits vertiges qu'il éprouve l'effrayent et cette peur augmente ses phobies. Il en est de même chez une jeune fille de 26 ans, Kx., chez qui on déterminerait des troubles en continuant. Mais ces deux cas sont plutôt exceptionnels, car la plupart des sujets peuvent monter jusqu'à 15 ou 16 milligrammes par la bouche, jusqu'à 10 ou 12 en injections, sans troubles bien appréciables. Quelques-uns arrivent même jusqu'à 20 milligrammes par la bouche sans se plaindre. Au delà de ces doses, si on dépasse la susceptibilité individuelle, il y a des vertiges, des raideurs, des peurs, qui durent peu, une demi-heure à trois quarts d'heure dans mon observation. J'ai également constaté, surtout dans deux cas, que ces troubles sont suivis d'un sentiment d'euphorie et d'un relèvement manifeste de la tension qui peut durer plusieurs heures. Il y a là certainement quelque chose d'analogue à ce que produit le vin de Champagne ou l'alcool et il est probable que si cette influence était plus connue on constaterait des phénomènes de strychninomanie, comme des phénomènes d'alcoolomanie. Plusieurs malades qui ont continué ce traitement ont présenté une amélioration manifeste et durable, mais il est certain que la

strychnine n'agissait pas seule. Ces expériences sont cependant encourageantes et montrent que nous avons dans la strychnine un médicament précieux à ajouter à ceux que les appétits des malades avaient déjà découverts, pour déterminer dans des conditions qui ont besoin d'être précisées une excitation utile.

Plusieurs de ces médicaments, le cacodylate de soude, les glycérophosphates, la strychnine, sont employés en injections hypodermiques qui ont l'avantage d'épargner les organes digestifs et d'assurer une assimilation plus complète. M. Jules Chéron, autrefois, puis M. de Fleury attribuèrent à ces injections une action propre, particulièrement excitante. Plusieurs sérums artificiels furent proposés pour utiliser cette action excitante des injections hypodermiques. Cette action semble réelle au moins chez certaines personnes, mais elle est certainement faible et de peu d'importance. Dans ce cas l'excitation était rattachée à une irritation physique des terminaisons nerveuses. Cette interprétation nous montre que des actions physiques et non proprement chimiques peuvent jouer ici un rôle intéressant.

On a autrefois attribué une grande importance à l'hydrothérapie dans le traitement des névropathes : le saisissement causé par l'eau froide excitait le fonctionnement du système nerveux. « L'eau froide, disait M. Marro dans son livre sur la puberté, habitue le corps à réagir promptement et cette habitude ne modifie pas seulement la circulation périphérique mais aussi l'état mental, c'est le meilleur traitement de la peur. » Cela est souvent fort juste et j'ai constaté fréquemment des changements notables dans l'état de certains déprimés après une douche froide : des douteurs en particuliers qui s'interrogeaient constamment sur leur personnalité et qui demandaient sans cesse : « Est-ce moi qui sens ? Est-ce moi qui entends ? » ne conservaient pas le moindre doute sur la personne qui sentait la douche froide. Malheureusement, au moins dans les cas que j'ai observés, cette excitation me semble peu durable et fréquemment suivie par une dépression en rapport avec la fatigue. Il faut se méfier de la fatigue déterminée par l'hydrothérapie froide, quand la réaction n'est pas très rapide et très facile. Les douches chaudes, les douches plus ou moins mélangées n'ont pas les mêmes inconvénients. J'ai observé de bons effets des douches locales dans des troubles de la sensibilité ou du mouvement, en particulier à la

suite des injections vaginales chaudes et prolongées, dites de Luxeuil, chez les femmes qui présentent des troubles de la menstruation. Les bains tièdes très prolongés ont une influence bien connue dans les états d'agitation : ils ont souvent permis de calmer et de contenir des malades mieux que tout autre procédé. On a autrefois abusé de l'hydrothérapie, il ne faudrait pas aujourd'hui par une réaction exagérée en méconnaître la valeur.

On a également fondé de grands espoirs sur les traitements électriques des névropathes : il est bien vraisemblable, en effet, que de tels traitements doivent avoir une action puissante sur le fonctionnement du système nerveux. Les belles expériences de M. Leduc, sur le sommeil électrique, montrent que le courant électrique peut modifier profondément cette activité. On a présenté beaucoup d'observations intéressantes sur l'action calmante ou excitante des courants, ou de l'électricité statique sur les névropathes. J'ai moi-même constaté des faits fort intéressants, mais je crains encore que la suggestion, l'émotion, plus grandes dans ces traitements que dans tous les autres, ne jouent un certain rôle dans les modifications constatées. Il est bien probable que l'électricité sera plus tard un des grands agents modificateurs et surtout excitants de ces malades, mais il me semble n'être encore aujourd'hui qu'un adjuvant très utile de leur traitement.

Plusieurs auteurs à la suite de Charcot, comme Bardet, Gilles de la Tourette, Lagrange, Peterson[1], étaient disposés à attacher une certaine importance à un traitement qui utiliserait l'influence des vibrations comme le massage vibratoire et citent des modifications heureuses de certains névropathes obtenues par ces procédés. Je m'étais intéressé autrefois à ces traitements et je rêvais de les perfectionner en faisant varier la vitesse des vibrations et en adaptant ces vitesses à l'état du malade. J'ai même fait construire quelques appareils de ce genre. Les résultats ne m'ont pas paru suffisants pour continuer des recherches difficiles dans cette direction : nous sommes encore trop loin des connaissances précises qui seraient néeessaires sur la vitesse de certains processus psychologiques élémentaires. Le massage vibratoire rend plus facile le traitement de certains spasmes et de certaines contractures, surtout abdominales, il peut aussi, comme le disait M. Dubois (de Saujon), lorsqu'il est appliqué sur la tête engour-

1. Charcot, *Semaine médicale*, 20 juillet 1892 ; Lagrange, *Mécanothérapie*, p. 432 ; Peterson, *Medical news*, janv. 1898.

dir un peu le malade, absorber son attention et le préparer à recevoir plus facilement certaines suggestions : il est difficile d'aller plus loin. La lumière, les climats, les altitudes, doivent avoir aussi une certaine action, mais comme les études psychologiques précises sur ces divers points font encore défaut, il est difficile d'utiliser ces actions avec précision.

Ces études trop rapides et bien incomplètes des diverses médications psycho-physiologiques qui peuvent jouer un rôle dans le traitement des troubles nerveux et mentaux avaient simplement pour objet de montrer que la psychothérapie ne doit pas se désintéresser de ces traitements, mais qu'elle doit au contraire les considérer comme des armes fort importantes dont elle a grand besoin. Il faut simplement regretter que les études sur les traitements des troubles vaso-moteurs, sur les modifications des glandes à sécrétion interne, sur les diverses ivresses, soient encore si peu avancées Quand ces études auront fait des progrès, la psychothérapie en tirera de précieux avantages.

CHAPITRE V

LA DIRECTION MORALE

Toutes les méthodes particulières de psychothérapie que nous venons d'étudier sous le nom de suggestion, de désinfection morale, de repos, d'isolement, de rééducation, d'excitation ont été extraites l'une après l'autre de ces méthodes générales de traitement religieux et moralisateur dont on a vu l'importance dans la première partie de cet ouvrage. Peut-on-dire que ces méthodes de traitement aient épuisé toute l'influence thérapeutique contenue dans les anciennes moralisations ? Est-ce que celles-ci ne contiennent pas encore un résidu mal analysé, une influence thérapeutique non sans importance que nous n'avons pas encore isolée ? Peut-être est-il possible de faire une place à cette dernière action particulière en étudiant la direction morale des malades.

I. — Historique de la direction morale.

En étudiant les anciennes méthodes de traitement moral nous avons remarqué le grand rôle que jouait la personnalité même du psychothérapeute. Le succès ne dépendait guère du procédé psychologique employé d'ailleurs d'une manière assez vague, mais il semblait dépendre de ce fait essentiel c'est que le procédé, quel qu'il fût, était employé par un individu particulier, toujours le même qui agissait sur le sujet pendant un temps assez long. Dans notre analyse des diverses méthodes, aussi bien de l'excitation que de la suggestion, nous avons recherché surtout le caractère essentiel du phénomène psychologique que l'on cher-

chait à produire sans tenir compte de la personne qui agissait. Il est juste de remarquer maintenant que beaucoup d'auteurs ne se sont pas placés uniquement à ce point de vue, qu'ils ont cherché à faire une place à l'action personnelle du médecin et qu'ils ont fait de cette action personnelle la base d'une méthode thérapeutique particulière.

Les religions dans l'organisation des couvents ont toujours donné une place importante à la personne du supérieur; les anciennes morales comme celles du stoïcisme comprenaient fort bien le rôle du directeur de conscience[1]; la religion catholique ne s'est pas bornée à instituer la confession, mais elle a recommandé au fidèle de conserver le même confesseur et a perfectionné la conception du directeur de conscience. Ignace de Loyola, Saint François de Sales, Bossuet, Fénelon dont j'ai déjà eu l'occasion de citer bien des passages[2], savaient fort bien l'importance de la continuité dans le traitement des scrupuleux, beaucoup mieux dirigés quand ils étaient entre les mains d'un confesseur qui les connaissait bien depuis longtemps.

Dans une étude que j'aurai à résumer bientôt[3], j'ai analysé le singulier phénomène que les magnétiseurs décrivaient sous le nom de « Rapport magnétique ». Ces précurseurs de la psychothérapie se rendaient compte de l'importance du facteur personnel dans la direction de leurs somnambules, mais ils l'exprimaient d'une manière bizarre en la rattachant à leur théorie des fluides. Ils connaissaient le phénomène de l'électivité, cette sensibilité, cette obéissance spéciales que le sujet présente vis-à-vis de celui qui l'a souvent magnétisé et ils l'attribuaient à un fluide particulier propre au magnétiseur qui avait pénétré le sujet. Ils interdisaient formellement le mélange des influences et des fluides et un bon magnétiseur ne permettait pas à une autre personne de faire des passes sur son sujet de prédilection[4] Il savaient par expérience que dans le traitement de ces malades se présente souvent une grave difficulté, quand il est devenu nécessaire de changer le magnétiseur ordinaire d'un sujet imprégné par le fluide du précédent. Il ne faut pas trop rire de ce langage naïf :

1. C. Martha, Sénèque directeur de conscience, *Les moralistes sous l'empire Romain*, 1865.
2. *Obsessions et psychasténie*, 1903, I, p. 707.
3. L'influence somnambulique et le besoin de direction, *Névroses et idées fixes*, 1898, I, p. 423.
4. Deleuze, *Instructions pratiques sur le magnétisme animal*, 1825, p. 109.

nous rencontrons aujourd'hui des faits analogues, quoique nous les exprimions autrement.

Les moralisateurs qui, comme M. Dubois (de Berne), semblaient n'accorder d'importance qu'à la raison et à l'enseignement d'une morale stoïcienne, se servaient aussi en pratique de cette influence personnelle quand ils recommandaient au médecin de suivre régulièrement son malade afin de le mieux comprendre et de développer par une fréquentation prolongée une sympathie indispensable au traitement. Déjerine reprenait en les précisant les idées de Dubois (de Berne) quand il disait : « Pour moi, le fondement, la base unique sur laquelle repose la psychothérapie c'est l'influence bienfaisante d'un être sur un autre. On ne guérit pas un hystérique, on ne guérit pas un neurasthénique, on ne change pas leur état mental par des raisonnements, par des syllogismes. On ne les guérit que lorsqu'ils arrivent à croire en vous. Je suis en effet convaincu que dans le domaine moral aucune idée n'est admise à froid, c'est-à-dire sans un apport émotif qui la fait accepter par la conscience et partant qui entraîne la conviction[1]. »

Dans plusieurs de mes travaux précédents, de 1896 à 1903, j'ai insisté de différentes manières sur l'influence personnelle du médecin et sur le rôle qu'elle doit jouer dans la thérapeutique des maladies nerveuses : « Il faut transformer, disais-je à ce propos, en un métier accepté en connaissance de cause cette direction qui était faite autrefois sans s'en rendre compte par des personnes voisines du malade ou qui était réservée à des religieux... C'est un des caractères de notre temps que cette œuvre de direction morale revienne quelquefois au médecin quand le malade trouve pas assez de soutiens naturels autour de lui[2]... »

Des idées de ce genre se retrouvent d'ailleurs dans la plupart des travaux de psychothérapie. M. De Fleury insistait sur la nécessité d'un tuteur pour l'esprit, « un tuteur moral analogue au tuteur matériel nécessaire à certaines plantes » et il demandait que l'on réglât minutieusement l'emploi du temps des

1. Déjerine, *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses*, 1911, p. IX.
2. *Le traitement psychologique de l'hystérie*, 1895 ; L'influence somnambulique et le besoin de direction, *Congrès de psychologie de Munich*, 1896 ; *Revue philosophique*, février 1897, p. 113 ; *Névroses et idées fixes*, 1898, I, p. 423 ; *Obsessions et psychasténie*, 1903, I, p. 708.

malades[1]. M. Putnam dans ses conférences à l'Institut Lowel, 1905, disait très bien que l'habitude de céder à une autorité toujours la même diminuait les dangers de l'hésitation et du doute. « Le médecin, disait M. Deschamps, n'a qu'un rôle essentiel à jouer, se faire le guide amical et loyal, le directeur impartial du neurasthénique, lui apprendre à se connaître et à utiliser le mieux possible, l'instrument défectueux que la nature lui a donné[2]... » Dans une autre étude le même auteur parle du traitement par la confiance et la sympathie : « le médecin doit avoir de l'influence par tous les moyens... il doit surtout comprendre chaque malade avec la manière de s'en servir, ce qui est proprement le tact. Le malade a besoin de cette direction pour compléter les opérations psychologiques dont il se sent incapable[3]. »

M. Grasset veut que le médecin dirige toute la vie du névropathe, il veut même arriver à une véritable prophylaxie des névroses en permettant au médecin de surveiller les mariages, de diriger les unions et les naissances pour arriver à organiser la défense sociale contre les maladies nerveuses[4]. M. Lewellys F. Barker dans son travail « on the psychic treatment of the functional neuroses » admet que l'on commence le traitement par l'absolutisme médical qui ne laisse au malade aucune liberté, il espère que le plus souvent on pourra l'amener peu à peu à une certaine part de « self direction » mais il n'hésite pas à constater que dans certains cas la direction médicale doit durer toute la vie. Il serait facile de multiplier des citations de ce genre car cette idée de la direction médicale des névropathes a été assez communément admise dans les travaux récents de psychothérapie.

Il est cependant aisé de voir l'insuffisance de ces conceptions : le médecin se propose de remplacer auprès de ces malades le chef naturel de la famille ou le prêtre, simplement parce qu'il croit connaître et comprendre un peu mieux les symptômes pathologiques du malade. Mais cela suffit-il ? Possède-t-il en même temps les principes et les règles suivant lesquels cette direction devrait être donnée dans les différents cas ? Cela est bien douteux, car il est obligé, comme le dit M. Deschamps, de

1. M. de Fleury, *Introduction à la médecine de l'esprit*, 1897, p. 281.
2. Deschamps, *Les maladies de l'énergie*, 1909, p. 314.
3. Deschamps, Le rapport psycho-moteur, *Paris-médical*, juin 1912.
4. Grasset, Prophylaxie individuelle, familiale et sociale. *Revue des Idées*, 1906, p. 161.

faire appel au « tact », c'est-à-dire à son expérience acquise, non formulée, qui est supposée intervenir dans l'inspiration du moment, à la sympathie, au dévouement. Tout cela n'est guère rassurant pour le malade et ne diffère guère de ce que pouvaient faire aussi bien le chef de famille ou le prêtre. Il aurait besoin bien plutôt de s'appuyer sur une connaissance psychologique précise des phénomènes de la direction, mais malheureusement cette psychologie n'existe guère. C'est là que l'on voit bien le défaut fondamental de la psychothérapie : elle ne peut avoir de droits supérieurs à la direction qu'en s'appuyant sur une science et cette science n'est qu'en formation. C'est pour apporter une petite contribution à cette psychologie future que je résume ici quelques observations sur les effets et sur la nature de la direction morale des névropathes.

2. — Les directions accidentelles.

Ici encore nous devons prendre comme point de départ les améliorations ou les guérisons qui sont déterminées accidentellement par certaines circonstances dans lesquelles le sujet se trouve momentanément placé et les impulsions qui poussent le malade à rechercher des influences dont il sent la nécessité.

Un détail m'a frappé quand je relevais l'histoire pathologique des hommes atteints de troubles psychasténiques c'est que beaucoup d'entre eux, après avoir présenté des troubles considérables dans leur première jeunesse avant vingt ans, présentaient une rémission très nette, une guérison apparente vers l'âge de 21 ans, pendant les années passées au service militaire. Un homme de 35 ans qui actuellement souffre depuis plusieurs années d'une phobie bizarre, « la phobie des yeux de sa femme », qui avait eu auparavant à l'âge de 16 ans l'agoraphobie, puis la phobie de l'isolement, la manie des présages, etc., remarque lui-même qu'il n'a été réellement tranquille qu'au régiment à l'âge de 21 ans : « La discipline me convenait sans doute, car j'ai vécu rassuré à la caserne, sans rien redouter et je n'ai mérité que des compliments. L'amélioration a même duré quelque temps après ma libération et je me croyais délivré de mes sottises, mais bientôt dans ma vie libre tout a recommencé. » On pourrait répéter mot à mot les mêmes remarques pour Vd., h. 29, grand aboulique qui

souffre d'une timidité pathologique et de toutes sortes de phobies. Il a commencé autrefois par des crises de bégaiement, et de l'éreutophobie quand il était encore au lycée, mais il s'est porté parfaitement bien sans troubles de volonté, sans bégaiement, sans phobies, pendant son service militaire. Ak., h. 32, présente actuellement la phobie de la fatigue, comme il l'avait déjà à 19 ans, mais il s'étonne lui-même d'une interruption de quelques années : « C'est bizarre, dit-il, je faisais très bien les marches militaires au régiment, c'est probablement parce que je marchais dans le rang avec les autres. » Jc., h. 26, scrupuleux et phobique, qui « lorsqu'il est laissé à lui-même ne marche jamais droit sur le chemin mais toujours sur le talus ou dans le fossé à cause d'une foule de pensées bizarres », marchait très droit et très bien au régiment et ne s'inquiétait de rien. Il a été désolé de quitter le régiment et il s'est précipité au séminaire « pour retrouver des chefs et une discipline ». On est étonné de voir que des indécis, des peureux, des hypocondriaques; ont été d'excellents soldats « qui ne protestaient contre aucune corvée ». Cette amélioration de l'activité générale pendant la durée du service militaire que je relève dans 14 observations me paraît très caractéristique, elle nous introduit tout de suite dans l'étude de la direction en nous montrant l'influence favorable de la discipline.

Nous venons de voir un malade psychasténique qui en quittant la caserne s'est réfugié au séminaire et qui paraît continuer à s'y porter assez bien. Il est probable que, si nous pouvions avoir des renseignements sur la vie psychologique des couvents, nous verrions qu'autrefois beaucoup de psychasténiques graves y ont trouvé un refuge et une guérison relative. Nous pouvons encore le constater aujourd'hui par les gémissements de quelques malades qui ont quitté les couvents. Az., f. 31, qui est restée cinq ans dans un couvent s'y plaisait et s'y portait bien : « J'aime tant, dit-elle, qu'il y ait des heures fixes pour tout et que cela ne change jamais... je n'aime pas à inventer... une supérieure qui règle tout, voilà ce qu'il me faut. »

De temps en temps, trop rarement malheureusement, il s'établit dans le monde des sortes d'associations entre le malade et un individu sain et énergique qui prend la direction et qui maintient dans l'ordre son associé. C'est ce qui arrive d'ordinaire dans beaucoup de familles pour les jeunes enfants. Bien souvent

l'apparition de la névrose est retardée par l'influence bienfaisante de l'un des parents. C'est pour cela que nous voyons si souvent les troubles éclater après sa mort. Malheureusement ce gouvernement, cette direction morale par le père ou par la mère devient plus difficile quand il s'agit d'une personne qui a passé l'âge de vingt ans, mais elle persiste souvent jusqu'à un âge avancé. Ah., f. 37, était encore dirigée par sa mère à l'âge de 35 ans et l'état psychasténique n'a été manifeste qu'après la mort de celle-ci. Il en est de même pour Fg., f. 36 et pour bien d'autres qui sont restés de petits enfants auprès d'un père ou d'une mère et qui ne succombent qu'après leur décès.

Le même fait se présente aussi assez souvent dans le mariage. Il est vrai que l'union avec un de ces névropathes est souvent désastreuse : l'individu sain se dégoûte et s'enfuit, ou bien il s'épuise et devient contaminé à son tour, comme nous l'avons noté dans un chapitre précédent, sans que le malade tire grand profit du supplice imposé à son conjoint. Mais il faut constater cependant que dans certains cas en raison de circonstances particulières les choses ne se passent pas ainsi. Au moins pendant quelques années l'individu sain semble avoir une énergie suffisante pour imposer une discipline et, le plus souvent sans s'en douter, il guérit les troubles de l'autre. Sans doute dans nos observations les choses finissent par tourner mal, puisque on nous amène le malade, soit que le directeur ait disparu, soit qu'il se soit lassé de son travail, soit qu'il ait perdu son influence. Mais il ne faut pas oublier que ces malades mêmes ont auparavant trouvé le calme et le bonheur pendant des années et qu'il doit y avoir beaucoup d'autres cas ignorés par le médecin, parce que l'équilibre se maintient suffisamment pendant toute la vie.

Il est bon d'insister sur quelques exemples de cette direction matrimoniale. Dans le ménage des Wo., le mari a très bien tenu sa femme et a arrêté ses crises de scrupule pendant quatre ans ; il a fallu soigner cette jeune femme pendant un an, puis le mari a pu reprendre la direction sans trop de difficultés. Chez les Fv., la femme toujours débile et disposée aux phobies s'est tenue en somme assez correctement tant que le mari a été valide et c'est parce que celui-ci vieilli et atteint lui-même de troubles cérébraux ne peut plus la tenir qu'elle a des troubles apparents : « Je n'aimais guère mon mari, dit-elle, mais il était bon et me tenait... Il m'était indispensable, j'ai passé de la domination de

ma mère à celle de mon mari et c'est ce qu'il me fallait... Quand il était absent un moment, je comptais les heures en désespérée. Maintenant il me manque, je suis dans le vide, comme un arbre déraciné... » On pourrait répéter les mêmes remarques pour plusieurs autres femmes.

Dans le ménage de Ka., c'est au contraire la femme qui avec beaucoup de peine, après une lutte qui a duré des années, a pris la direction de son mari, aboulique, instable, inquiet, jaloux et lui a rendu la vie supportable au point qu'il ne peut plus se passer d'elle. Gac., h. 27, a vécu heureux pendant des années tant que sa femme a voulu le diriger et c'est parce qu'elle l'a lâché qu'il retombe et n'est plus bon à rien. Ui., f. 45, raconte avec tristesse comment elle a dû se transformer elle-même, acquérir de la volonté et tout commander dans le ménage « quand elle a vu que son mari avait peur de tout ; maintenant elle est débordée, mais elle a tenu ferme pendant des années ».

Bien entendu on retrouve quelquefois la même association dans le groupe formé par l'amant et la maîtresse. J'ai déjà raconté l'histoire de Gri., qui m'avait frappé : cette femme de 30 ans est actuellement très bas, morphinomane, cocaïnomane, obsédée par des idées de suicide et par des manies d'interrogation, elle se laisse aller à l'inertie et à la malpropreté. Elle a déjà présenté un état analogue dans sa jeunesse et un étudiant en médecine l'a ramassée dans un bouge où elle s'abrutissait d'absinthe pour oublier ses peurs de la mort. Il en a fait sa maîtresse ; mais il a pris son rôle au sérieux et s'est montré « tendre et exigeant », il a supprimé les poisons et organisé le travail : « Mais j'ai été une perfection avec lui pendant cinq ans, j'ai été correcte, heureuse et bonne à quelque chose, puisqu'il était content de moi. », Dès que l'amant a été forcé de partir, tout a recommencé. Tkm., f. 39, a été la maîtresse d'un homme « supérieur et tyrannique » qui jouait un grand rôle dans sa vie et « qui l'a empêchée de penser à rien d'autre pendant six ans ». Depuis qu'elle a dû s'en séparer, elle tombe dans le désordre et les obsessions de suicide. Vh., f. 45, devait cacher sa liaison avec un amant qu'elle adorait : « cela me faisait une situation compliquée et difficile... c'était un maître qui me faisait souffrir, mais combien je regrette ma souffrance ». Depuis que l'amant est mort, elle ne sait plus comment vivre et tombe dans toutes sortes d'obsessions hypocondriaques.

Bs., h. 41, a été admirablement tenu par sa maîtresse qui est arrivée non seulement à « le faire éprouver des sensations, ce qui était impossible à toute autre femme », mais encore à le tirer de son inertie, à le faire travailler, à lui faire croire qu'il avait une certaine valeur littéraire. Il est bien fâcheux qu'elle se soit dégoûtée de ce métier de psychothérapeute et qu'elle ait voulu se reposer, car il ne peut plus « rien sentir », il ne peut plus rien faire, il a peur de tout et il passe sa vie dans le désespoir en criant continuellement : « Je suis seul ! seul ! seul ! » Il est exatement de même dans l'observation de Nl., h. 30, qui est instructive : ses parents ont commis une grave imprudence en s'efforçant de retirer ce garçon débile des mains d'une femme intelligente et capable, pour le marier avec une petite jeune fille faible elle-même et inexpérimentée dans la conduite des hommes. Le voici déprimé avec des algies de toutes espèces, des troubles de la digestion, de l'entérite, etc. Il sait d'ailleurs parfaitement le remède qui lui convient et « il aime mieux retourner auprès de sa maîtresse plutôt que de passer des années dans des maisons de santé ». Ji., h. 32, semble atteint d'une maladie singulière : pendant des périodes de plusieurs mois il donne pleine satisfaction à sa famille par son travail intelligent, sa bonne humeur et sa belle santé ; puis il tombe brusquement dans un état de dépression qui peut durer plusieurs mois pendant lesquels il est tourmenté par des phobies et il est incapable de faire autre chose que de soigner son entérite. Le médecin grave parle de cyclothymie et il est très satisfait d'avoir un mot qui explique tout. Je reste malheureusement perplexe, car je suis dans la confidence et je sais « qu'il y a là dessous une petite femme qui tantôt veut bien s'occuper de son grand dadais et qui tantôt en a assez ».

On peut rencontrer d'autres associations où l'on observe les mêmes phénomènes. Assez souvent, contrairement à la loi naturelle, c'est un enfant qui est le soutien de l'un des parents. L'exemple de Mme X est amusant : cette femme de 53 ans « n'a jamais pu et ne pourra jamais vivre sans son fils ». Elle a eu sa première crise de dépression grave quand il est parti faire son service militaire et a recouvré la raison quand il est revenu du régiment. Chaque fois qu'il est obligé de faire une absence de quelques mois, elle a une rechute grave et la santé physique s'altère comme la santé morale si bien qu'elle maigrit énormément et qu'elle dépérit quand le fils s'éloigne ; elle se remet au travail

et engraisse quand il revient. L'histoire de Zy., f. 45, est absolument semblable; Lh., f. 46, vivait avec un neveu qu'elle avait adopté et « pour qui elle faisait l'effort de vivre », il a fallu la placer dans une maison de santé quand son neveu a été obligé de la quitter.

Dans d'autres cas comme dans la famille Xl. nous voyons que c'est une sœur qui dirige la malade. Le cas de Léa et de Lydia, auquel j'ai déjà souvent fait allusion est bien intéressant et mériterait une étude. Ces sœurs jumelles sont toutes les deux atteintes de dépression psychasténique mais inégalement, Lydia étant beaucoup plus atteinte que Léa. On a commis, comme on l'a vu, une grande imprudence en mariant l'une des deux sœurs, Léa avant l'autre et en essayant de les séparer brusquement. Il fallut absolument malgré d'énormes difficultés réunir les deux ménages pour faire vivre de nouveau les deux jumelles ensemble. Maintenant encore à 40 ans, Lydia ne peut subsister que grâce à l'influence constante de sa sœur. On pourrait rapprocher l'observation de Ig., h. 36, qui tombe également malade s'il est séparé de son frère, quoique dans ce cas il ne s'agisse pas de jumeaux et celle de Km., h. 30, qui était dirigé par sa sœur et qui a une crise d'obsession de jalousie parce qu'elle s'est mariée.

Dans quelques observations comme dans celles de Aj., f. 37, j'ai constaté qu'un prêtre auquel ces malades allaient très souvent se confesser a pu réussir à diriger avec succès pendant plusieurs années des malades difficiles à manier. Le fait doit être fréquent car les psychasténiques doivent être nombreux dans les confessionaux. L'ouvrage de M. l'abbé Eymieu montre qu'il a acquis dans son ministère une certaine expérience de ces malades [1]. Des religieuses, des institutrices, des gardes-malades, des masseuses ont fréquemment l'occasion de jouer ce rôle et dans une dizaine d'observations nous voyons que ces personnes peuvent réussir fort bien cette direction pendant des années. Les parents, comme cela est arrivé dans la plupart de ces cas, sont souvent désolés de cette situation qui leur paraît anormale et ils ont peur que la jeune fille entièrement dominée n'abandonne toute sa fortune entre les mains de l'institutrice. Cette crainte est certainement fondée, c'est là un des dangers de ces directions accidentelles, nous aurons à y revenir tout à l'heure. Mais il n'en est pas moins vrai, en se

1. Eymieu, *Le gouvernement de soi-même*. 1906, 1910.

plaçant au point de vue exclusivement médical, que ces directions sont heureuses et que leur interruption amène de très grands troubles. Ce danger existe d'ailleurs dans d'autres circonstances, un homme de 50 ans, Ba., est tombé entièrement entre les mains d'une femme qui pratiquait habilement la « Christian science » de Mrs Eddy. Il ne s'agit pas du tout, comme on pourrait le croire, d'une domination passionnelle : cette femme n'a jamais fait autre chose que de l'intéresser en lui parlant de problèmes philosophiques, de l'occuper, de le faire travailler et surtout de le persuader qu'il est un grand homme méconnu. Cela suffit pour qu'elle l'empêche de souffrir et de tomber dans le délire, mais cela lui permet de l'exploiter honteusement et de le ruiner au grand désespoir de sa femme et de ses enfants qu'il abandonne sans remords. Une femme de 45 ans est entièrement entre les mains d'une ancienne garde-malade qui l'a accompagnée quand elle est sortie d'une maison de santé et qui a pris sur elle une influence dangereuse sans doute, mais utile. Bien des malades, comme Clarisse, ont été transformées pendant des années par la présence d'une certaine garde et sont retombées après le départ de celle-ci. Des associations de ce genre existent parfois entre deux amis : Cxc., h. 30, a vécu plusieurs années à peu près tranquille dans l'intimité d'un ami « qui le tenait sans s'en douter ». Daniel, h. 41, tourmenté par tous les doutes, toutes les superstitions, toutes les manies mentales passe sa vie à regretter le temps où un jeune homme qu'il fréquentait « lui parlait avec calme de philosophie positiviste et dissipait comme par miracle toutes ses appréhensions. Comment se fait-il qu'il ne puisse plus jamais retrouver un ami qui ait la même puissance ». Emma, dont nous avons souvent décrit l'intéressante maladie, a été tenue pendant longtemps par une vieille dame qui l'avait prise en amitié et qui lui servait de directeur, c'est depuis le moment où cette dame inquiète de certains symptômes n'a plus voulu s'en charger que les désordres ont été beaucoup plus graves.

Le cas le plus étrange est celui où l'association existe entre deux malades qui semblent jouer au naturel la fable de l'aveugle et du paralytique. J'ai recueilli trois observations de ce genre dont la plus intéressante, celle de Ai., f. 43, a déjà été publiée. Cette femme, atteinte d'aboulie, de doute et de phobie du contact ne pouvait plus toucher aucun objet de toilette et vivait dans la malpropreté, elle a rencontré vers l'âge de 30 ans une ancienne

camarade de pension déprimée elle aussi et aboulique, mais tourmentée par l'obsession de la mort et du suicide. Elles se sont confié réciproquement leurs misères et se sont moquées l'une de l'autre ; après ces confidences elles ont été toutes deux étonnemment remontées et tranquilles pendant quelques jours. Il en est résulté que pendant dix ans elles ont vécu ensemble d'une manière beaucoup plus correcte parce qu'elles se soutenaient mutuellement. Des racontars de domestiques les ont inquiétées sur la pureté de leurs relations et de leur amitié et elles ont résolu de se séparer. Elles sont alors tombées l'une et l'autre dans un tel état de maladie que je n'ai rien pu faire de mieux pour les rétablir que de les réunir de nouveau en dissipant leurs scrupules.

Quand on cherche à reconstituer toute l'histoire des malades qui se présentent actuellement avec des troubles graves, on retrouve dans leur vie passée des périodes d'amélioration qui doivent être étudiées avec autant de soin que les périodes de maladie. Il ne suffit pas de dire qu'il s'agit d'un malade périodique qui se trouve fatalement en bonne santé à certains moments : cette notion de périodicité est vraie dans certains cas particuliers mais plus rarement qu'on ne le croit, mais elle ne doit pas, comme autrefois celle des cataclysmes, dispenser de la recherche des causes et des causes actuelles qui peuvent agir encore actuellement. Parmi les causes qui ont joué un rôle essentiel dans l'évolution de la maladie il faut toujours mettre au premier rang les causes sociales. Très souvent, comme on l'a vu, la société, les personnes environnantes déterminent des rechutes graves. Mais il ne faut pas ignorer que dans certains cas des rétablissements ou même des guérisons prolongées ont été dues à des influences sociales et en particulier à des dominations, à des directions. Celles-ci ont été sans doute accidentelles, irraisonnées, et quelquefois même ignorées par celui-là même qui les exerçait. mais elles ont été puissamment efficaces.

3. — Les obsessions de direction.

Les obsessions et les impulsions des malades nous ont paru dans certains cas correspondre à des besoins, pathologiques sans doute et mal interprétés, mais réels cependant et capables de

nous fournir des indications utiles. Nous retrouvons à propos des directions toutes sortes d'obsessions et d'impulsions très caractéristiques. Cette étude nous ramène encore une fois à ces obsessions d'amour, à ces « besoins d'être aimé » que nous avons rencontrés à chaque instant, tellement ils sont mêlés à toutes les souffrances des névropathes. Il suffit ici de renvoyer aux descriptions générales que nous avons déjà faites de ces obsessions et de ne les considérer que dans leur rapport avec le besoin de direction.

Les plus simples sont les obsessions de regret chez les malades qui pendant longtemps ont tiré bon parti d'une direction et qui l'ont perdue. Ce sont les troubles qui se développent après la la mort ou le départ des parents, du mari, de l'enfant quand ceux-ci jouaient le rôle de directeur. Ce sont les hurlements de Bs., h. 41, « seul! seul! seul! » ou de Ci., f. 60, après la mort de son mari : « Seule, je ne peux faire que des bêtises, mon mari les empêchait ou les réparait. Comment peut-on s'imaginer qu'une femme comme moi puisse vivre seule ! » Pour ne prendre qu'un exemple, nous pouvons citer l'état lamentable de Noémi pendant la guerre, quand son mari appelé par son devoir sur le front a dû la quitter. Sans doute son mari, quand il était près d'elle, ne semblait pas jouer un rôle très important, car elle était déjà tourmentée par beaucoup d'obsessions et elle semblait ne pas tenir grand compte de sa présence, mais son départ fait apprécier son importance. Elle est devenue absolument incapable de rien faire, elle abandonne ses enfants comme son ménage et vit dans le plus complet désordre. Constamment elle se représente les dangers terribles que court son mari, les scènes de massacre, sa mort ; elle imagine ce qu'elle devra faire quand elle sera veuve et s'épuise dans des efforts impuissants, elle pleure et hurle constamment : « Elle ne peut pas se passer de son mari, c'est impossible ; déjà bien souvent elle ne sentait complètement perdue quand il s'absentait seulement quelques jours pendant les vacances... Comment veut-on qu'elle puisse vivre après sa mort?... Lui seul comprenait sa nature bizarre, fantasque, méchante et affectueuse, lui seul était capable de la traiter comme son enfant et de la faire vivre, elle sait bien qu'elle serait guérie immédiatement s'il revenait... » La gravité des troubles montre bien l'importance de la direction, de l'assistance que le mari lui donnait précédemment.

On pourrait placer ici les « déceptions de direction » dont la connaissance permet d'expliquer certaines formes de la « pathologie des couples ». Un homme de 49 ans, Eia., a trouvé pendant de longues années un soutien dans le dévouement de sa femme. La mort de celle-ci le laisse désemparé, mais il se remonte rapidement par l'espoir de la remplacer. Il tombe amoureux d'une jeune fille de 25 ans et il est convaincu qu'il va retrouver en elle la direction morale qu'il a perdue. Cette jeune fille de son côté, grande névropathe, très dépressible s'imagine que cet homme plus âgé qu'elle sera pour elle l'excellent tuteur dont elle a besoin. La vie commune les amène rapidement tous les deux au désespoir : « Mais cet homme ne peut rien pour moi, dit la jeune femme, il ne peut que répéter tout ce que je dis ; si je souris, il sourit, si je fronce le sourcil, il fronce le sourcil ; il ne veut prendre aucune responsabilité, il court après moi tout le temps, je ne peux pas vivre auprès de lui, j'en perds la tête » et en effet elle s'affole, s'agite et a de grandes crises nerveuses. Le mari de son côté est épouvanté par cette jeune femme « qui n'est bonne à rien pour lui dans sa situation, qui augmente ses charges au lieu de les diminuer, qui lui fait peur par ses crises de nerfs, qui le remplit de remords : il faut qu'il la quitte au plus vite, qu'il soit assuré de ne la rencontrer jamais sinon il va devenir complètement fou. » Chacun de son côté tombe malade et commence des obsessions et des délires relativement à l'autre. La maladie est en rapport avec le manque de direction et avec le regret de ne pas l'avoir trouvée là où on l'espérait.

D'autres obsessions se développent quand les malades ont encore auprès d'eux leur directeur, mais quand ils craignent de perdre cette direction à laquelle ils tiennent tant. C'est là encore une des origines des obsessions d'accaparement et de jalousie, que nous avons étudiées à propos du besoin d'excitation. Aux exemples précédents on peut ajouter celui de Cora, f. 35, chez laquelle la jalousie se rapporte plus à la direction qu'à l'amour proprement dit et au besoin d'excitation : « Ce n'est pas que j'aime tant mon mari, à bien des points de vue il m'est indifférent... mais c'est que je suis incapable d'agir toute seule sans lui. Dès qu'il est parti, qu'il ne me dit plus : fais ceci, fais cela, je ne fais rien ; je tourne dans l'appartement qui me semble n'être plus le mien, je finis par sortir et errer dans les rues au hasard jusqu'à son retour.... Il est indispensable à ma vie, de là ma terreur,

quand je crois qu'il peut s'intéresser à une autre et m'abandonner seule... C'est le besoin d'avoir quelqu'un à moi, d'avoir un bon chien... »

Une fillette de 13 ans, fille d'un père très taré lui-même, montre déjà à cet âge des troubles psychasténiques graves et souffre cruellement de jalousie à l'égard de sa mère : « Mais regarde-moi donc, maman ! Quand tu regardes une autre petite fille, tu ne t'occupes pas de moi, et de ce que je fais. Comment veux-tu que je continue à le faire... ? Regarde-moi donc, maman ! » L'étude de ces divers besoins d'excitation, de direction, l'étude du doute et de l'inquiétude permettront de faire avec plus de précision la psychologie des diverses formes de la jalousie.

D'autres obsessions peut-être plus intéressantes se présentent chez des malades qui n'ont pas de directeur, mais qui en sentent le besoin et qui sont constamment tourmentés par le désir de le rencontrer : « J'ai besoin d'être gouverné, tenu, je ne veux pas qu'on me laisse libre... J'ai besoin d'obéir à quelqu'un, j'ai besoin d'être dirigée comme une bonne qu'on commande, de marcher comme une machine... Je voudrais l'aide d'une volonté amie, je suis une désorientée, j'ai tant besoin d'appui moral... J'ai besoin de parler sans cesse à quelqu'un, de me confier à quelqu'un, d'être dirigée par quelqu'un... Je suis toujours une enfant qui n'a pas appris à se tenir debout sur ses pieds, il me faudrait encore ma mère pour lui demander quelle robe il faut mettre... J'ai besoin de vivre dans l'ombre d'une personne... J'ai tant besoin d'une forte direction, chose qui m'a toujours manqué, si j'avais eu un peu de religion et un bon confesseur, j'aurais fait un homme tres présentable... Me voici à l'âge d'être grand'mère et je suis toujours l'enfant qui veut être choyée, grondée et dirigée par quelqu'un... » On retrouve toutes ces phrases bien connues répétées dans des centaines d'observations.

Ces malades vont plus loin, ils précisent leurs exigences : ils veulent que la direction soit faite d'une manière particulière, très précise, ferme et en même temps douce et habile : « Ces gens prétendent me diriger, mais ils ne savent donc pas ce que c'est qu'une direction, comment elle doit être nette et précise. Quand je mange, il faut qu'on me dise : « mangez... là, arrêtez-vous ». Quand on me sert des pommes de terre, il faut qu'on me dise : « ce sont des pommes de terre ». Quand je dois boire, il faut qu'on me dise : « buvez maintenant ». — « Ce n'est pas tout que

de me commander, il faut le faire avec fermeté, avec énergie ; ici on n'est pas assez raide avec moi, c'est pour cela qu'on n'aboutit pas » — « Non, dit un autre, avec moi il ne faut pas de raideur, je n'écoute quelqu'un que s'il est doux avec moi, on ne fait rien de moi que par la douceur et l'intérêt... Il faut encore me diriger avec tact, me commander sans me contrarier et sans me faire sentir qu'on me commande ; que l'on devine donc mes velléités d'action, que l'on cherche à me faire faire ce que j'ai envie de faire et non à me pousser vers autre chose, ce qui m'embrouille... Pourquoi m'enlever le plaisir de faire quelque chose moi-même ou de me figurer que je l'ai fait moi-même... Que ces gens-là sont maladroits..! »

Il est évident que pour satisfaire à tant d'exigences, il faut des qualités remarquables et nos malades s'en rendent bien compte : « Si la personne qui me dirige n'a pas plus d'énergie que moi, nous n'arriverons à rien et il sera inutile de m'absorber en lui. Il me faut un ami idéal, un philosophe profond qui ait de l'autorité pour être un tuteur moral, il faut qu'il sache aussi me guider dans la rigolade et que par conséquent il ait des compétences très variées... Je suis dans un désespoir profond d'être seul au monde comme un chien sans collier, je n'ai pas seulement perdu mon ombre, j'ai perdu mon moi. Je ne puis exister que comme reflet d'une personnalité qui s'impose... Ce qu'il me faut c'est un homme de génie comme directeur, une personne supérieurement intelligente, d'une énergie inépuisable, sincère et désintéressé qui soit dans ma vie et non hors de ma vie... » Beaucoup de ces malades, surtout quand le besoin de direction n'est pas très intense, ajoutent qu'ils veulent être aimés pour eux-mêmes, ce qui signifie, comme nous l'avons vu dans un chapitre précédent, qu'ils ne veulent rien payer en retour de tous les services qu'ils demandent. Mais ce n'est là pour beaucoup qu'une apparence. Ils désirent ne rien avoir à payer pour n'avoir aucun effort à faire et pour être assurés que la direetion continuera même s'ils ne font plus rien pour la mériter ; mais en pratique ils ont trop peur d'être abandonnés et ils font toutes sortes d'efforts même absurdes pour gagner ou pour conserver le maître qu'ils ont choisi.

C'est ici qu'interviennent ces impulsions à se faire remarquer, à attirer sur soi l'attention d'une certaine personne et toutes les manies de coquetterie. Ces malades cherchent à gagner l'intérêt par toutes sortes de grimaces, de prières, de flatteries. « Je de-

viens une petite mendiante d'affection, de reproches et d'ordres. » Nous retrouvons ici l'origine de ces manies de cadeaux, de ces manies de dévouement dont nous avons signalé les effets sur l'entourage : « Je voudrais tant être le bon Ange de quelqu'un. » Mais ces manies n'ont pas tout à fait le même caractère que précédemment : le dévouement n'est plus perpétuel et général, il s'adresse uniquement à une personne déterminée qui le plus souvent en est accablée.

Des impulsions en apparence religieuse ont le même point de départ. Le véritable sentiment religieux, le culte d'un être supérieur qui est à la fois le chef, le père, l'amant idéal, se rattache étroitement à ces besoins d'être dirigé et d'être aimé. J'espère pouvoir reprendre un jour d'une manière plus complète l'étude d'une extatique remarquable que j'ai déjà désignée autrefois sous le nom de Madeleine[1] afin de montrer comment le doute et le scrupule psychasténique l'ont amenée au délire religieux. Mais cette recherche nous entraînerait dans des études un peu éloignées de notre sujet. Je signale seulement ici ces malades qui vont dans toutes les églises à la recherche « d'un confesseur idéal », qui se figurent l'avoir trouvé, et qui poursuivent un malheureux prêtre de leurs exigences (6 observations). Une femme est même entrée dans un couvent « pour trouver dans la supérieure quelque chose de doux et de ferme à la fois qui soutienne bien mon esprit ; mais ajoute-t-elle, la supérieure est une grande dame insaisissable qui me renvoie au confesseur, un incapable qui trouve que je n'ai pas la vocation ». Elle persécute la supérieure dont « c'est le devoir strict de diriger ses religieuses ».

Dans plusieurs cas les malades vont plus loin, malgré leur avarice foncière et leur crainte de l'avenir, ils font des cadeaux considérables, ils sacrifient leur fortune et surtout celle de leurs parents pour conserver auprès d'eux, une maîtresse de piano, une femme de chambre, une institutrice ou une masseuse : nous trouvons là le point de départ de ces impulsions dangereuses si redouté des familles, que nous venons de signaler.

Bien souvent ces impulsions prennent une apparence qui trompe et qui fait croire à une grande excitation génitale : c'est là l'origine de bien des erreurs. Des jeunes filles qui rêvent sans cesse de caresses et qui passent leur vie à attendre « le pas de l'amant

1. Une extatique, *Bulletin de l'Institut psychique international*, 1900-01, p. 209.

qui monte l'escalier » ne sont pas toujours de vraies amoureuses : « Ce que j'ai surtout, c'est l'émotion d'être seule, le sentiment que je ne suis pas sous la protection de quelqu'un ; j'ai un tel besoin de m'appuyer sur quelqu'un, je sens un tel vide dans la vie autour de moi, c'est pour cela que j'ai l'esprit tendu dans l'attente de l'amour. » Dans ces conditions beaucoup font des mariages absurdes ou se livrent à des amants ou affichent une conduite en apparence dévergondée. Une jeune fille de 19 ans, désolée par le départ de sa maîtresse de pension, auprès de laquelle elle se tenait fort bien, se jette au cou d'un jeune homme et simule une passion impétueuse. Beaucoup de ces femmes, qui semblent avoir perdu toute retenue, ne doivent cependant pas tout à fait être confondues avec celles qui, comme Pépita, cherchent l'excitation sexuelle et l'aventure : elles ne sentent pas grand'chose, s'intéressent peu aux choses de l'amour et redoutent l'aventure : « Mais comment obtenir autrement quelqu'un qui s'occupe de moi, qui me donne l'impression d'une supériorité, à qui je puisse confier mon âme, puisque je ne peux pas la confier à moi-même ? »

Dans ma première étude sur le besoin de direction à laquelle je renvoie, j'ai déjà montré plusieurs exemples des situations dangereuses dans lesquelles ce besoin d'un maître précipite les malades. Je signalais à la fin de ce travail une malade singulière qui, tout en ayant conservé toute sa raison, eut toute sa vie l'idée fixe de rester enfermée dans un asile sous la surveillance d'un médecin aliéniste. Elle fit tous ses efforts pour se faire enfermer et simula si bien la folie qu'elle y réussit : « Ici, disait-elle, je sais bien qu'on ne me laissera pas faire de sottises, je n'y pense plus, je dors tranquille, je suis heureuse : j'ai besoin d'une règle et d'une direction, j'ai besoin de voir des grilles. » D'autres ne se bornent pas à vivre dans un asile, elles acceptent, elles recherchent le plus honteux esclavage dans les maisons les plus viles pour se sentir constamment « sous une influence toute puissante ». On peut rattacher à ce groupe de conduire les manies de l'hypnotisme qui se sont développées particulièrement à une certaine époque : bien des femmes (5 observations) ont tout sacrifié pendant des années pour obtenir d'individus fort suspects des séances d'hypnotisme dont elles ne pouvaient plus se passer : « Je suis perdue quand il n'y a plus personne qui s'occupe de moi de cette manière. » Les besoins de directions prennent suivant les époques des formes particulières.

Il est inutile d'insister davantage sur ce genre d'obsessions que j'ai déjà souvent décrites et qui se rapprochent des autres variétés de l'obsession d'amour. Le point de départ de toutes ces obsessions et de tous ces sentiments si variés en apparence est un phénomène analogue au vertige des montagnes. Dans le sentier vertigineux nous pouvons en réalité marcher très facilement, mais il ne faut pas dévier, ni faire de faux pas. Nous sommes bouleversés par la peur de dévier, de faire des faux pas, de mal marcher et nous en arrivons à ne plus pouvoir marcher du tout. Il suffit qu'il y ait une rampe solide au balcon ou à l'escalier pour que nous y marchions rapidement sans aucun vertige. Le mari, l'ami, le directeur sont pour nos malades des rampes d'escalier dont la présence leur enlève le vertige de la vie : c'est là ce qui fait la puissance du besoin de direction. Mais cela montre aussi que ce sentiment n'est pas absurde : la rampe d'escalier nous permet de courir sur les marches et nous venons de voir dans les études du paragraphe précédent que la direction a été bien souvent très salutaire.

4. — Les états d'influence.

Il est important de constater, quoique cela semble bizarre, que des phénomènes analogues se présentent au cours des traitements psychothérapiques. Il ne faut pas croire que ces traitements agissent toujours d'une manière régulière suivant leur nature propre ; leur effet semble constamment modifié par une influence étrangère à la méthode thérapeutique elle-même, qui est l'influence de la personne même de l'opérateur et l'influence du temps pendant lequel cet opérateur a agi sur le sujet. C'est là un caractère qui trouble énormément les pratiques psychothérapiques et qui les rend tout à fait différentes des thérapeutiques physiques. Le sulfate de soude purge toujours, quel que soit celui qui le donne à avaler au malade, tandis que la suggestion de marcher guérira une paralysie quand elle est faite par M. X. et peut ne produire aucun effet quand elle est faite par M. Y. C'est parce que l'on ne met pas à sa place ce fait de l'influence personnelle et de ses lois que l'on refuse si souvent aux pratiques de ce genre toute valeur scientifique. Une loi n'est pas supprimée parce que ses applications sont soumises à une condition, il est

seulement nécessaire pour l'appliquer de bien connaître cette condition. L'influence personnelle joue un rôle dans tous les traitements, il suffit pour la comprendre de montrer son rôle dans quelques-uns, dans la suggestion, dans l'æsthésiogénie des hystériques, dans les traitements par excitation. J'ai déjà décrit longuement un certain nombre de ces faits dans mon étude sur « l'influence somnambulique et le besoin de direction[1] », il suffit de les résumer ici avec quelques exemples nouveaux.

Quoique nous ayons abandonné les idées des magnétiseurs sur la puissance de leur fluide personnel, nous savons très bien que certaines personnes peuvent assez facilement déterminer l'état hypnotique sur des malades prédisposés, et que d'autres ne peuvent y parvenir. Ce qui est surtout parfaitement net, c'est qu'un individu qui a été souvent hypnotisé par une personne particulière tombe en état hypnotique au moindre geste de cette personne et qu'il peut résister indéfiniment aux tentatives d'une autre. Qu'il s'agisse là de suggestions particulières, c'est possible, nous aurons à l'examiner, mais le fait ne doit pas moins être relevé car il a une grande importance.

Remarquons surtout que les choses se passent de la même manière dans la suggestion elle-même. La suggestion n'est pas un phénomène immuable qui se produit à coup sûr simplement parce que le sujet est suggestible. Sauf dans des cas très particuliers chez des individus très malades le résultat d'une suggestion varie énormément suivant la personne qui opère. Je ne parle pas seulement de l'électivité expérimentale, quand l'hypnotiseur obtient certaines obéissances que les étrangers ne peuvent obtenir, je parle des suggestions thérapeutiques elles-mêmes, exécutées dans les meilleures conditions possibles. Nous avons étudié dans cet ouvrage à propos de la suggestion un singulier cas de contracture du tronc chez No., f. 40. Cette femme que j'avais guérie il y a vingt ans d'une contracture remarquable des muscles du tronc et de l'abdomen, retombait malade de temps en temps une fois ou deux par an, à la suite de fatigues ou d'émotions. Elle reprenait alors régulièrement la même attitude que dans l'accident initial, mais avec une exagération chaque fois plus grande de la flexion du corps, si bien qu'à la fin elle était accroupie et que les genoux touchaient le menton, elle

1. *Névroses et idées fixes*, 1898, I, p. 423.

justifiait tout à fait le nom de « plicaturée ». Même quand je n'avais pas vu la malade depuis plus d'un an, je pouvais toujours la guérir très rapidement en lui disant quelques mots toujours les mêmes et en appuyant quelque peu sur les muscles de l'abdomen. La malade poussait quelques cris, avait quelques rires spasmodiques et se redressait complètement. Quelque grave que parut l'accident, quelle qu'ait été sa durée antérieure, la guérison complète pouvait être obtenue en une minute : j'ai pris cet exemple comme un des cas les plus typiques de l'effet thérapeutique de la suggestion, chez un sujet antérieurement bien préparé. Mais si l'accident se produisait pendant les vacances, à une époque où No. ne me trouvait pas à La Salpêtrière, elle demandait que quelque autre personne voulût bien lui rendre le même service et la redresser et elle se prêtait avec confiance à l'opération. Un élève du service, qui m'avait vu faire, reproduisait exactement les mêmes mots et les mêmes gestes, mais le résultat était tout différent ; il lui fallait travailler pendant des heures, faire revenir la malade à plusieurs séances et il parvenait à la renvoyer sans doute moins courbée, mais encore de travers et avec des contractures plus ou moins graves qui la gênaient dans la marche et qui persistaient pendant un mois, jusqu'à mon retour. D'ailleurs ce fait de l'influence personnelle dans la suggestion, quand il s'agit surtout de sujets habitués depuis longtemps à être modifiés par une même personne, est tout à fait banal et bien connu ; il est inutile d'en énumérer d'autres exemples qui seraient identiques.

Cette influence particulière est aussi nette dans la production de ces phénomènes d'æsthésiogénie que j'ai signalés avec hésitation comme peu connus et peu clairs, mais qui m'ont semblé intéressants. Il est certain que ces modifications ne peuvent pas être obtenues par le premier venu, même s'il est familiarisé avec le procédé employé et même s'il s'agit d'un sujet qui a déjà présenté plusieurs fois ces transformations. J'ai déjà raconté combien il m'a été difficile d'obtenir chez Marceline les changements que mon frère déterminait si facilement sur elle depuis plusieurs années. Il en serait de même aujourd'hui pour Irène si une autre personne essayait d'agir sur elle. La transformation favorable que je détermine chez elle par des excitations de la mémoire ne peut pas, il est vrai, être toujours obtenue ; on a vu qu'elle dépend d'un certain état de santé de la malade. Mais quand les circon-

stances sont favorables il me suffit de déterminer chez elle quelques efforts d'attention, de provoquer quelques moments de sommeil pour la faire entrer dans son état second et il est parfaitement certain que personne ne pourrait obtenir chez elle une semblable modification. Pour toute autre personne que pour moi Irène serait identique à cette Marianne dont j'ai parlé, c'est-à-dire qu'elle serait une malade périodique en état de dépression dont on doit attendre la fin de la crise sans pouvoir la modifier.

Cette influence particulière d'une certaine personne ne modifie pas seulement l'attitude extérieure, elle détermine dans l'esprit des sujets des sentiments et des pensées qui se présentent d'une manière assez régulière et qu'il est intéressant de comparer aux besoins de direction que nous avons vu naître spontanément chez les malades.

Pendant la période de rétablissement et d'activité que nous avons appelée « *période d'influence* » le sujet conserve souvent d'une manière curieuse la pensée de l'hypnotiseur et la confiance en son action bienfaisante. Je pourrais ajouter bien des exemples à ceux que j'ai déjà rapportés, il suffit de rappeler quelques paroles : « Pendant huit jours, disait Cora, il me semble que je suis avec vous, il me semble que vous me suivez et cela me paraît très drôle et pendant ce temps je ne peux plus me laisser aller à mes idées de jalousie... » — « Je n'ai plus eu mes crises, qui auparavant arrivaient tous les jours, c'est que je sentais votre présence auprès de moi toute la journée comme une ombre qui m'accompagnait. » On retrouve, comme je l'ai déjà montré, ce sentiment « d'accompagnement, de présence » chez un très grand nombre de malades qui continuent après la séance à sentir leur directeur auprès d'eux et à s'entretenir avec lui. Ce sont là des faits qu'il faudrait analyser avec soin pour étudier bien des phénomènes psychologiques intéressants, en particulier pour interpréter les fameux sentiments de protection divine, les sentiments de présence divine dont parlent les mystiques et qui sont en général si mal compris. Des malades dans la période d'influence font eux-mêmes le rapprochement de leurs sentiments avec ceux des mystiques, comme on le voit dans cette lettre bizarre de Qi., f. 40 : « Moi qui n'ai jamais eu de croyances religieuses, il me semble que je me conduis comme les religieux. Je suis comme ces croyants qui ont été chercher du réconfort

dans les églises, et j'emporte en moi mon soutien comme le fidèle emporte son Dieu. Les lignes, que je griffonne à votre intention et que vous jetterez probablement sans les lire, me font autant de bien que la prière doit faire aux personnes croyantes... Moi aussi j'ai mon ange gardien... »

Quelquefois ce singulier phénomène s'exagère et donne naissance à des hallucinations plus ou moins complètes, tout à fait analogues aux hallucinations qui quelquefois avertissent ou arrêtent les mystiques. Beaucoup de nos malades entendent la voix de leur hypnotiseur qui les arrête au moment de faire une sottise. J'ai rapporté autrefois un exemple bien curieux de ces sortes d'illusions chez une malade qui dans un accès de mauvaise humeur avait combiné une évasion et avait réussi à sortir de la Salpêtrière sans être vue : « Je n'avais pas fait dix pas sur la place, raconte-t-elle, que par le plus grand des hasards je vous ai rencontré juste devant moi ; vous m'avez demandé ce que je faisais là et vous m'avez fait rentrer[1]. » Ces sortes « d'hallucinations prémonitoires » sont produites ici à peu près expérimentalement, quoiqu'elles ne soient pas directement le résultat d'une suggestion, on peut les étudier avec quelque précision. Aussi serait-il utile de les bien connaître avant d'entreprendre à la légère l'étude de ces « visions prémonitoires ou prophétiques » que l'on considère trop vite comme mystérieuses et occultes.

On a vu que pendant les périodes de guérison incomplète cet état d'influence était rarement très prolongé, et qu'il était bientôt interrompu par une rechute plus ou moins grave. Cette rechute donne naissance à un nouvel état qui précède le retour du malade auprès de son hypnotiseur et que nous avons appelé *la période de passion somnambulique*. Ce nom est justifié parce que cette période est caractérisée par un besoin intense de retourner auprès de celui qui les a hypnotisés précédemment, et que ce besoin prend rapidement la forme impulsive que nous avons constatée dans toutes les recherches de l'excitation. Dans cette période les malades pensent encore beaucoup à leur hypnotiseur puisqu'ils le réclament tout le temps, mais cette pensée n'a plus du tout les caractères qu'elle avait précédemment, elle n'est plus automatique et puissante et ne rend plus aucun service. Le sujet n'a plus de conversation intérieure avec son

1. *Névroses et idées fixes*, 1898, I, p. 449, 450.

directeur, ni d'hallucinations, il a perdu le sentiment de sa présence et tous les troubles qu'il éprouve de nouveau ne sont plus arrêtés par l'évocation qu'il essaye en vain de faire volontairement. Il se sent abandonné et négligé comme les mystiques dans les périodes de sécheresse qui sont si analogues aux périodes de passion somnambulique des hystériques. « Je me suis senti seul, isolé, sans compagnon ; oh, c'est mal de m'avoir abandonné ainsi. » Ils se mettent en colère contre leur directeur et accablent d'injures celui qu'ils comparaient au Bon Dieu. J'ai insisté autrefois sur ce sentiment d'abandon et sur les troubles graves qu'il peut déterminer[1]. Le malade dans cet état, quand il attend sa séance de somnambulisme, ressemble beaucoup au morphinomane qui attend sa piqûre. De même que le morphinomane n'est calmé que par une piqûre réelle de morphine à la dose à laquelle il est habitué, de même notre malade ne sera satisfait, ne reviendra à la période d'influence que s'il est hypnotisé de nouveau par la même personne et de la même manière que précédemment.

Ces phénomènes se présentent sous une forme exagérée et imagée chez les malades hystériques et hypnotisables, mais il ne faut pas croire qu'ils n'existent que chez ces malades. Quand on a reconnu les caractères essentiels de ces différentes périodes et de ces sentiments successifs, on les retrouve parfaitement chez beaucoup d'autres névropathes soumis également à un traitement psychologique régulier chez le même médecin.

Pendant la période heureuse qui suit quelquefois une séance, des malades qui n'ont été ni hypnotisés ni suggestionnés éprouvent pour leur directeur des sentiments tout à fait analogues aux sentiments de présence que nous avons vus chez les hystériques. On le voit bien par les expressions dont ils se servent dans leurs remerciements exagérés. « Il me semble que vous avez pris la responsabilité de mon pauvre petit être, je ne me sens plus seul... Je me tourne vers vous constamment comme le croyant vers le prêtre qui lui dévoile son Dieu... J'ai une lumière dans mon esprit enténébré qui ne me quitte pas... Je me sens aidé et poussé par quelqu'un qui reste près de moi, je n'ai plus besoin de bavarder de mes idées fixes à tort et à travers,

1. *Op. cit.*, p. 454.

puisque je puis vous les confier constamment ; il me suffit de penser à vous pour me sentir rassuré... Je me sens en confiance les jours suivants, j'ai tellement besoin d'être accompagné par quelqu'un. Vous dominez toutes mes pensées, il me semble que vous m'observez constamment, de temps en temps vous me grondez, cela me fait plaisir et cela m'agace, car en somme, vous me faites aller comme un petit chien... Quand je suis loin, j'ai tellement peur de faire quelque chose qui vous déplaise, c'est encore une manière de me sentir près de vous et cela fait de moi une perfection... Confier tout mon être à un autre être, Dieu, homme ou femme, si supérieur à moi que je n'aie plus besoin de me conduire dans la vie, trouver quelqu'un qui se donne la peine de me faire vivre, cela a toujours été mon rêve ; j'ai trouvé à l'hôpital ce qu'il me fallait et ce que j'emporte avec moi, une règle, une domination... J'avais tant besoin d'être tenue captive et je le suis constamment. » Les dix malades qui me fournissent ces expressions sont choisis entre cent autres du même genre, car cette manière de parler est extrêmement fréquente à une certaine période du traitement, on pourrait presque dire qu'elle est caractéristique de la maladie et d'une certaine évolution de la maladie.

Non seulement les malades emploient à l'égard du directeur les expressions précédentes, mais ils ont une conduite et une manière de penser à son égard qui est particulière. Ils veulent le mêler à toutes les actions de leur vie, et par conséquent lui racontent tout, ou bien, comme faisait Nadia, lui écrivent plusieurs fois par jour tout ce qu'ils font, tout ce qu'on leur a dit. Ils en arrivent à vous raconter en grands détails toutes les histoires de tous les membres de leur famille ou de leurs amis avec une indiscrétion remarquable. Noémi fait mieux encore, elle veut me mêler non seulement à sa vie présente, mais encore à sa vie passée et elle imagine des combinaisons romanesques pour établir que j'ai joué un rôle considérable dans tous les événements de sa vie, même à des époques où elle ne me connaissait pas du tout. Ce fait curieux est à mettre en parallèle avec « le délire rétrospectif des persécutés » et il peut aider à l'interpréter.

Il ne faut pas trop se fier à ces beaux sentiments ; ils sont aussi fragiles qu'ils sont exagérés. Au bout de peu de temps, nous le savons, la scène change ; insensiblement ou brusquement,

à la suite de quelques sentiments bizarres, « celui du nuage qui descend, des fils qui se cassent dans la tête avec un bruit de verre qui tombe », les malades retombent plus ou moins dans leur dépression. A ce moment les sentiments qu'ils éprouvent pour leur directeur changent complètement de nature. Il n'y a plus dans leurs lettres aucune manifestation d'affection ou de reconnaissance, il n'y a plus que des gémissements et des reproches. Ils expriment surtout des réclamations, ils demandent, ils exigent qu'on s occupe d'eux de nouveau, car ils attendent avec plus ou moins de confiance la même action réconfortante : « J'ai de nouveau besoin de causer avec vous, peut-être me ferez-vous un peu de bien, quoique je ne croie plus guère aux médecins, pas plus qu'aux confesseurs... J'ai encore besoin de vous revoir, car je suis comme la locomotive qui a besoin de charbon, il faut m'en remettre... J'ai de nouveau besoin d'un appui, d'un soutien, d'une main qui me conduise ; j'ai eu un moment l'illusion que vous me teniez ferme, mais vous ne me teniez que par un cheveu. C'est vraiment peu habile de votre part, quand on veut sauver une personne qui se noie, de ne la tenir que par un cheveu... Il faut me tenir mieux et me reprendre, pourquoi m'avez-vous rendu cette liberté qui m'effraye et dont je ne sais que faire... Ce n'est plus votre présence que je sens auprès de moi, mais de nouveau celle du démon, vous devriez bien essayer de le chasser. »

Ces malades n'ont plus rien de l'enthousiasme précédent ; ils sont à la fois tourmentés par le besoin de se confier de nouveau et agacés par l'ennui de cette humiliation ; ils désirent voir leur directeur et ils sont mécontents de ce désir. C'est-à-dire qu'à propos de cet acte particulier ils retombent dans leurs indécisions, dans leurs contradictions ordinaires : « J'ai toujours besoin d'être remonté par quelqu'un et cela m'exaspère. Je veux que l'on s'occupe de moi, que l'on s'intéresse à moi, et je me trouve si inférieur et si puéril que si je voyais mon double je le détesterais ; comment demander à quelqu'un de s'intéresser à un être semblable ? » C'est ce qui leur donne quand ils reviennent cet aspect froid et désagréable, qui semble si bizarre après les expressions enthousiasmes des jours précédents. Il faut alors refaire le même travail et chez eux aussi comme chez les hystériques qui présentent les phénomènes de l'æsthésiogénie, le cycle recommence.

La succession des sentiments que ces malades présentent vis-

à-vis de leur directeur est vraiment tout à fait identique à celle que nous venons de décrire chez des hystériques transformées périodiquement par l'æsthésiogénie. Il n'est pas nécessaire d'insister pour montrer l'analogie de ces sentiments observés au cours des traitements par la suggestion ou l'excitation avec ceux que nous venons de constater dans les directions accidentelles et dans les impulsions à la recherche de la direction. Il s'agit toujours de l'influence exercée par une personne déterminée. Tantôt cette influence est réelle et active et le sujet en ressent les bons effets, tantôt cette influence ne s'exerce plus et le sujet qui en regrette les bienfaits la recherche avec passion.

5. — Interprétation psychologique des phénomènes d'influence.

L'interprétation psychologique de ces phénomènes d'influence a déjà été présentée d'une manière assez complète dans ma précédente étude : il suffit d'en résumer les conclusions pour insister sur certains points qui me semblent aujourd'hui mériter plus d'attention.

Il est évident qu'il s'agit là de phénomènes psychologiques assez complexes dans lesquels interviennent de nombreux facteurs. On a souvent fait remarquer qu'il est juste de reconnaître ici un certain rôle à la suggestion ou à des phénomènes analogues : bien entendu, je donne toujours au mot « suggestion » le sens précis qui a été adopté précédemment et je n'entends pas par là un phénomène psychologique quelconque, ce qui n'aurait aucun intérêt. On ne peut nier que tel ou tel phénomène de l'électivité présenté par certains somnambules ne soient en rapport avec des suggestions plus ou moins involontaires et maladroites du médecin ou des idées conçues spontanément par le sujet qui se comportent comme des suggestions en raison du terrain spécial sur lequel elles se développent. Les individus hypnotisés sont naturellement disposés en raison des modifications qu'ils ressentent et de leur disposition au rétrécissement du champ de la conscience à accorder une attention exclusive à leur hypnotiseur et à tout ce qui à tort ou à raison paraît dépendre de lui[1]. C'est là le fait essentiel et il est facile de comprendre

1. *Automatisme psychologique*, p. 283; Influence somnambulique et besoin de direction, *Névroses et idées fixes*, 1898, I, p. 424.

qu'il peut donner lieu à des idées ou à des suggestions variées. Les attitudes résultant de ces suggestions se reproduisent plus ou moins complètement pendant la veille, peuvent jouer un rôle dans les phénomènes de la période d'influence et même dans quelques-uns des phénomènes de la période de passion somnambulique.

Les relations entre la suggestion et l'influence sont encore plus intéressantes si on considère non les phénomènes mêmes de la suggestion mais la suggestibilité, c'est-à-dire la disposition à présenter de tels phénomènes. Il est manifeste que la suggestibilité vis-à-vis d'un individu déterminé est beaucoup plus considérable pendant les périodes d'influence, qu'elles soient accidentelles ou volontairement déterminées et qu'elle diminue pendant les périodes de besoin ou de passion somnambulique pour réapparaître quand l'influence se manifeste de nouveau. J'ai fait à ce propos des expériences sur la durée des suggestions après une hypnose et j'ai constaté dans un certain nombre de cas que cette durée est approximativement la même que celle de la période d'influence[1].

Il y a donc des relations étroites entre les deux phénomènes, mais il ne faut pas en conclure à leur identité. En effet les phénomènes d'influence sont bien plus étendus que ceux de la suggestion et même que la suggestibilité, Ils se rencontrent chez des sujets qui n'ont eu manifestement auparavant aucune idée relative à des phénomènes de ce genre. Ils existent chez des malades, en particulier chez des psychasténiques, qui ne sont guère suggestibles et chez qui on ne parvient pas à constater la réalisation automatique des idées, car ils présentent bien plutôt une énorme difficulté à réaliser les idées. Enfin il y a dans l'influence bien des phénomènes dépassant les suggestions qui ont pu être faites. Il y a même des choses qui sont en opposition avec les suggestions réellement faites, en particulier la durée limitée de l'influence. Nous avons toujours suggéré au malade de guérir définitivement et la rechute régulière est un fait contre lequel se heurte la suggestion, bien loin qu'elle le détermine. Enfin dans ce cas comme dans tous les autres la suggestion ne s'explique pas elle-même. Pourquoi ces sujets sont-ils tellement suggestibles pendant une période particulière

1. *Op. cit.*, p. 443.

et non pendant la suivante ? Et surtout pourquoi sont-ils tellement impressionnés par les paroles d'une personne particulière tandis qu'ils n'obéissent de la même manière à aucune autre ? S'il est possible au moins dans certains cas de faire dépendre l'un de ces phénomènes de l'autre, je dirai que c'est bien plutôt la suggestion qui varie avec l'influence et qui en dépend[1].

Une seconde interprétation de ces phénomènes est également intéressante et contient probablement une grande part de vérité, c'est celle qui a été présentée non sans exagération par l'école de Freud et qui rattache les phénomènes de l'influence aux manifestations normales des affections humaines et surtout à celles de l'amour sexuel. Ici encore il est indispensable de prendre les mêmes précautions et de s'entendre sur le sens des mots. Si l'on admet une fois pour toutes au nom de théories préconçues que toutes les relations sociales, que toutes les tendances qui rapprochent les hommes les uns des autres sont des phénomènes sexuels, il est inutile de discuter ; tous ces phénomènes d'influence, tous ces besoins de se rapprocher d'une personne déterminée sont de l'amour. Mais ce serait là une convention purement verbale qui n'apprendrait rien sur la nature réelle des faits. Il est bien plus utile, au moins au début des études psychologiques, de réserver le mot précis « amour sexuel » au désir proprement dit des relations génitales avec une personne déterminée et de ne pas admettre à priori que tous les sentiments sociaux quels qu'ils soient se confondent avec ce désir.

Cela dit et, pour résumer une discussion que j'ai faite ailleurs, il faut reconnaître que dans un certain nombre de cas les attitudes et les expressions des malades ressemblent absolument à celles des amoureux et qu'il y a probablement de l'analogie entre les sentiments qu'ils éprouvent et ceux qu'inspire l'amour sexuel. D'ailleurs il est visible que chez quelques-uns des sentiments affectueux de cet ordre et de véritables passions génitales se mêlent au désir d'influence : on a vu de ces besoins de direction chez des individus qui sont amants, chez des amants abandonnés par leur maîtresse et qui réclament à la fois la direction et la satisfaction sexuelle. On a vu dans le chapitre précédent que des impulsions érotomaniaques peuvent jouer un grand rôle parmi

1. *Op. cit.*, p. 445, 456.

les impulsions à la recherche de l'excitation : elles peuvent d'autant mieux intervenir ici que la recherche de l'excitation tient une grande place dans la recherche de l'influence[1]. Ce mélange d'ailleurs n'a rien de surprenant, car l'amour sexuel est un des sentiments les plus profonds et les plus actifs qui se mêle facilement à la plupart des actions humaines.

Mais faut-il en conclure que les phénomènes d'influence sont ainsi expliqués d'une façon complète et qu'ils ne contiennent aucun autre fait psychologique ? Cela me paraît fort exagéré. Dans beaucoup de cas les sentiments déterminés par l'influence n'aboutissent ni à des désirs, ni à des actes qui soient proprement sexuels : le sujet qui réclame des ordres pour ne pas avoir à prendre lui-même une décision, qui réclame même des compliments pour échapper un peu à la honte de lui-même, ne doit pas être immédiatement confondu avec les érotomanes qui n'ont que le désir précis de l'acte sexuel proprement dit. D'autre part, j'ai fait observer autrefois que chez certains de ces sujets on peut observer la coexistence des besoins de direction vis-à-vis d'une certaine personne et des désirs amoureux vis-à-vis d'une autre : j'ai décrit autrefois des malades qui calculaient avec autant de soin leurs séances de traitement d'un côté et leurs rendez-vous amoureux de l'autre, sans jamais les confondre. Cela prouve au moins que leur esprit établit une différence entre les deux phénomènes psychologiques. Enfin j'ajouterai que l'évolution bizarre de ces phénomènes d'influence ne se retrouve guère dans les sentiments amoureux qui n'apparaissent pas régulièrement à heure dite pour disparaître régulièrement après une période aussi courte et aussi déterminée[2] Aussi ces sentiments me paraissent-ils dans leur ensemble distincts des sentiments amoureux proprement dits et je serais disposé à dire ici comme précédemment que les phénomènes d'influence sont plus généraux que les sentiments d'amour proprement dit, que loin d'en dépendre complètement ils les contiennent plutôt comme une de leurs variétés.

Il faut se défier des interprétations exclusives et aux phénomènes précédents de la suggestion et de l'amour il faut ajouter bien

1. *État mental des hystériques*, 1892, I, p. 159.
2. Inflence somnambulique, *op. cit.*, p. 457.

d'autres faits qui tous ont une action sur les dépressions pénibles des névropathes et qui ont donné lieu aux différentes méthodes de traitement étudiées dans les chapitres précédents. Dans ces appels à l'influence d'une personne nous voyons souvent un désir naturel de ces traitements par le repos, par la simplification de la vie, par l'excitation dont nous avons déjà constaté l'importance.

Le malade est un individu fatigué, épuisé, qui a le besoin le plus urgent de se reposer et d'économiser ses forces ; mais il ne sait pas se reposer et il se laisse entraîner à faire continuellement ce qui l'épuise le plus. Ses idées obsédantes qui sont « comme des vrilles dans la tête », ses répétitions, les pactes qu'il s'impose, ses doutes, ses interrogations, ses efforts désespérés autant qu'inutiles entretiennent et augmentent sans cesse son épuisement : « Je m'épouvante en me représentant des travaux énormes que je n'aurai certainement pas à faire ; j'ai peur des gens que je rencontre et je cherche ce qu'ils me demanderont de faire ; je me tracasse d'avance et j'essaye constamment de faire une foule de choses que personne ne me réclame : c'est là ce qui me fatigue et me déprime. Je passe mon temps à m'imposer des servitudes coûteuses... » Le malade est accroché à quelque petit problème que la vie a soulevé, il reste indéfiniment devant la même action que non seulement il n'arrive pas à faire mais encore qu'il s'épuise à essayer de faire, il pousse indéfiniment contre un mur. La vie réelle dans laquelle il est plongé présente des situations complexes ou qu'il croit complexes : il veut réunir tous les renseignements, discuter les divers motifs d'action, il s'embrouille, il hésite, il n'arrive ni à conclure, ni à vouloir et recommence indéfiniment la même délibération sans pouvoir ni faire l'action ni renoncer à l'action : « Je ne puis franchir le seuil de cette maison ni m'en éloigner. » Quand la vie est simple, ils la compliquent eux-mêmes par leurs impulsions à la domination, à la taquinerie, au dénigrement, à la recherche folle de l'amour, à des aventures dangereuses qui troublent leur milieu social. Ces perpétuelles tentatives et ces efforts de toute espèce déterminent une perpétuelle dépense de forces, quand il leur en reste si peu.

La séance de traitement, quelle qu'elle soit, qu'il s'agisse d'hypnotisme, de suggestion, de dissociation des idées, de simplification de la vie, d'éducation supprime énormément de ces

efforts et de ces dépenses. Des obsessions, des manies, des tics, sont arrêtés, des actes sont simplifiés, des résolutions sont prises, des situations sont liquidées, des délibérations interminables sont terminées par une résolution simple. Le travail a été fait par une autre, sans doute, mais il a été fait et les efforts sont arrêtés. Le malade a appris à faire des actes pratiques qui économisent des accrochages, des phobies, des angoisses, il apprend une conduite économique, il découvre l'art de se reposer. D'ailleurs les principales dépenses pour les journées prochaines sont économisées par les ordres qui règlent minutieusement l'emploi de son temps et évitent le travail des décisions à prendre à chaque moment[1] : les économies sont manifestes et elles ont été faites grâce à la séance de direction.

Cela est si vrai que le simple traitement par le repos au lit n'est vraiment efficace, ne peut même être appliqué correctement que grâce à l'action constante du médecin et des gardes. C'est la visite régulière du médecin qui permet au malade de rester à peu près tranquille dans son lit et qui peu à peu l'amène à prendre les attitudes du repos. Les autres traitements par la gymnastique, par l'éducation, par les procédés physiologiques eux-mêmes ne peuvent pas être appliqués à des névropathes sans volonté comme à des malades ordinaires : ces sujets incapables d'accepter et surtout de continuer quelque temps une action un peu désagréable ne peuvent pas faire les exercices, ni suivre les régimes, ni même prendre régulièrement un médicament. Seule l'action régulière du directeur peut obtenir une certaine suite dans une thérapeutique quelconque.

Dans d'autres cas le malade se sent incomplet, impuissant, mécontent de lui-même parce que tous ses actes sont incomplets, inachevés, sans unité et sans joie. A la suite des paroles qu'on a réussi à leur faire prononcer, des efforts d'attention, des éveils d'activités anciennes appelées à la rescousse, des succès réels qu'on leur a fait obtenir, des compliments qu'ils ont mérités et dont ils ont senti la valeur, ils sentent en eux-mêmes pendant quelque temps une activité plue grande, ils retrouvent auprès d'une personne qui a su les exciter à propos la confiance en eux-mêmes et la joie de vivre : « Il me fallait un démêloir pour débrouiller mes idées, je commence à m'y reconnaître..., mon

1. *Op. cit.*, p. 470.

cerveau qui n'était pas à moi finit par m'appartenir... Il n'y a que l'émotion qui me fasse marcher et je ne sentais plus rien, du moment que je pleure de nouveau, je vais redevenir quelqu'un... »

Est-ce que tout cela ne suffit pas pour que le malade s'attache à la personne qui lui a rendu ces services, qu'il en conserve jalousement la pensée, qu'il s'appuie incessamment sur son souvenir. C'est pour cela qu'il se sent « accompagné, surveillé, » pendant la période où ce relèvement de l'esprit se maintient. Le sentiment de « présence » chez les névropathes aussi bien que chez les mystiques dépend de certaines attitudes qu'ils sentent se développer en eux. Une des lois les plus importantes de la conduite sociale, c'est que nous n'agissons pas de la même manière, nous ne nous tenons pas de la même manière, quand nous sommes seuls et quand nous sommes en présence de nos semblables ; c'est que nous n'avons pas non plus la même attitude, la même conduite devant des personnes différentes ; c'est qu'enfin nous sommes capables d'avoir des attitudes spéciales, nettement distinctes les unes des autres, devant certaines personnes déterminées. Ces différences de conduite sont l'origine de toutes nos distinctions des personnes et donnent un sens aux noms propres. Les malades ont pris devant leur directeur une attitude spéciale assez complexe qui est, entre autres choses, celle de l'obéissance, de la sécurité, du réconfort, de l'excitation, du « être compris », etc... Quand après la séance, même après le départ du directeur, le sujet constate de nouveau en lui-même cette même attitude très spéciale, quand il se retrouve tel qu'il était devant son directeur, il devrait dire : « je me sens *comme si* j'étais en sa présence ». Mais il oublie le « *comme si* » et dans son enthousiasme il a le sentiment complet de présence et même, dans des cas où la croyance est tout à fait dépourvue de critique, il a l'hallucination plus ou moins complète auditive et visuelle de la présence de son directeur. Il est trop évident que les mêmes réflexions expliqueraient très facilement le sentiment de présence divine des mystiques réconfortés par l'idée de l'assistance divine.

Quand à la suite d'épuisements ou d'émotions ou de la simple évolution du temps, la tension psychologique s'abaisse de nouveau et que les troubles précédents réapparaissent, ces attitudes se modifient complètement : le sujet de nouveau aboulique, douteur, incapable d'agir et de croire, n'a plus aucune raison pour

se sentir accompagné, puisqu'il ne se sent plus « tel qu'il était devant le directeur » et il répète, comme Bs. après le départ de sa maîtresse : « Ce qui me désespère, c'est que personne ne s'occupe de moi, ne me dit : où vas-tu ? Que fais-tu ?... je me sens si seul. » Tous ces malades disent de même : « Une émotion quelconque et crac vous êtes parti ; vous êtes disparu tout d'un coup et je me suis trouvé seul et désespéré [1]. » A tous les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire, quelquefois de la sensibilité, s'ajoutent le regret et l'évocation perpétuelle de la personne qui autrefois les dirigeait et les remontait.

Le regret consiste dans l'activation incomplète d'une tendance qui s'éveille à chaque instant, qui s'élève jusqu'au stade du désir et de l'effort et qui est refoulée par la pensée de la disparition de son objet. Le psychasténique dans la période d'influence mêlait la pensée de son directeur à toutes ses actions, il essaye maintenant de les recommencer en y mêlant comme il le faisait précédemment la pensée de son directeur. Mais il est obligé de les refouler dès que le désir se précise, puisque la disparition du directeur ne permet plus de les exécuter de la même façon. Ces recommencements et ces refoulements perpétuels déterminent une grande dépense de forces, un épuisement et une dépression de plus en plus grande qui caractérisent la période de passion somnambulique et la période du « besoin d'être aimé ».

En un mot, les personnes qui entourent le malade sont capables d'agir sur son état mental pour déterminer du repos ou de l'excitation et comme le malade a grand besoin de l'un et de l'autre, comme il a des impulsions à les rechercher par tous les moyens possibles, il a également des sentiments et des impulsions particulières vis-à-vis de ces personnes qui ont pu momentanément lui procurer le repos et l'excitation et qui dans son imagination le peuvent encore.

Les études précédentes, que j'avais déjà présentées autrefois à peu près de la même manière, me semblent aujourd'hui laisser dans l'ombre un point important, le rôle de la personne même du directeur. Les réflexions précédentes nous expliquent bien pourquoi une séance de psychothérapie a rendu service au malade et pourquoi, quand il retombe, il désire ardemment une

1. *Op. cit.*, p. 473.

autre séance du même genre, mais ne nous expliquent pas pourquoi il exige que cette séance soit faite par la même personne. Le morphinomane qui désire une piqûre accepte que cette piqûre, de même dose bien entendu, soit faite par n'importe qui, tandis que le névropathe qui réclame la suggestion ou l'excitation n'est pas du tout satisfait si on change l'opérateur. Il ne suffit pas de dire que ces personnes cherchent une action sociale, qu'elles désirent être commandées, surveillées, amusées, excitées par une autre personne, qu'elles ont besoin « d'avoir foi dans la foi d'un autre » : cela ne nous explique toujours pas pourquoi elles ont besoin de telle autre personne déterminée pour les commander, les diriger, les exciter, tandis que bien d'autres pourraient en apparence remplir ce rôle tout aussi bien.

On pourrait d'abord faire observer que toutes les autres personnes ne sont pas également capables de remplir ce rôle, qu'il faut une certaine intelligence pour discerner les besoins et les désirs du sujet, une certaine énergie pour lui imposer les solutions, même quand il les désire, ou pour lui inspirer les actes qu'il ne sait pas concevoir lui-même. Il faut une certaine délicatesse ainsi qu'un certain aplomb pour consoler, pour louer : n'est pas flatteur ou simplement consolateur qui désire l'être. Enfin on pourrait admettre aussi qu'il faut une certaine compétence pour expliquer, pour suggestionner, pour exciter les sensibilités ou la mémoire, etc... Ces réflexions se rattachent au grand problème de la sympathie et de l'antipathie. Nous avons vu que les individus sympathiques sont ceux dont la présence et la parole, au lieu de rendre les actes des autres plus difficiles et plus complexes, les simplifient au contraire, les facilitent et par là déterminent une excitation qui s'irradie sur l'esprit tout entier. Un individu sympathique est celui qui loin d'être coûteux apporte une aide qu'il sait dissimuler : il ne peut le faire que s'il a des qualités correspondantes, une forte tension psychologique et une certaine compétence. S'il en est ainsi, n'est-il pas naturel que les malades recherchent de tels individus et les préfèrent aux autres.

Il y a là une part de vérité et le sujet, qui a eu de la peine à trouver un individu sympathique de cette façon, continue naturellement à s'adresser à celui-ci. Il reste cependant bien des faits inexpliqués : les talents dont nous parlons sont assez répandus et bien des individus sont capables d'être sympathiques de cette

manière, pourquoi ne sont-ils pas tous accueillis par le malade ? Les compétences nécessaires pour suggestionner ou hypnotiser sont en réalité bien minimes et beaucoup de personnes les possèdent de la même façon, pourquoi n'ont-elles pas toutes le même succès ? Je puis dire sans vanité que je pratiquais l'hypnotisme et l'æsthésiogénie sur Marceline avec autant, sinon plus de compétence, que mon frère et certainement avec une habitude beaucoup plus grande et cependant pendant un an je réussissais beaucoup moins bien. Bien mieux, chez des personnes auprès desquelles les directeurs les plus qualifiés, ceux qui se donnent le plus de peine pour remplir leur tâche, échouent complètement, on voit réussir des individus quelconques, un membre de la famille, un amant, une garde ayant en réalité bien peu d'aptitude et agissant presque au hasard. Ceux qui réussissent auprès d'une personne sans aucun effort échouent complètement auprès d'une autre, même quand ils dépensent beaucoup d'énergie et de compétence. Après quelques années de traitement je faisais de Marceline tout ce que je voulais par n'importe quel signe ou quelle parole même mal appropriés, tandis que j'échouais au début avec les pratiques les plus attentives et les plus justes. Il ne faut pas croire que les malades aient toujours besoin auprès d'eux d'individus de grande valeur, quoiqu'ils réclament toujours des hommes de génie, ils se contentent souvent de beaucoup moins. Les qualités du directeur sont un élément du succès sans doute, mais rien qu'un élément : ce n'est pas toujours celui qui mérite d'être aimé, qui est aimé ; dans la direction comme dans l'amour d'autres éléments doivent intervenir.

Une condition particulière qui doit souvent jouer un rôle important, c'est la connaissance exacte du sujet lui-même et des procédés qui ont une action sur lui. Nous savons, par exemple qu'une hystérique se dresse facilement et acquiert une foule d'habitudes souvent fort précises : Mrb., f. 26, avait été réglée d'une manière curieuse autant que ridicule par son premier hypnotiseur. Il fallait lui toucher un certain point du front pour l'endormir et lui tirer le lobule de l'oreille droite pour la réveiller. Quand elle avait des contractures il fallait lui tirer le lobule de l'oreille gauche pour les terminer ; en appuyant sur le sein droit on la faisait parler, quand elle était muette et en appuyant sur le sein gauche on ramenait la respiration régulière, quand elle asphyxiait, etc., etc... Tout était méticuleusement réglé et

cette femme ressemblait à une mécanique compliquée présentant une série de boutons qu'il fallait savoir distinguer et presser à propos pour la bien manœuvrer. On comprend qu'une malade de ce genre aime à rester entre les mains de son mécanicien compétent, car celui qui veut la réveiller et qui se trompe d'oreille détraque tout le mécanisme. Quelque chose d'analogue se passe chez beaucoup d'individus déprimés et susceptibles : il faut que la personne qui essaye d'agir sur eux sache bien d'avance de quoi ils sont capables, sur quoi ils peuvent parler avec esprit, sur quoi ils ne peuvent rien dire ; il faut qu'elle ait bien noté ce qui les humilie, ce qui les blesse, ce qui les flatte, ce qui les réconforte. Elle doit savoir éviter avec celui-ci telle conversation qui réussit fort bien avec celui-là et bien adapter ses tentatives d'excitation à chaque individu. Cette compétence en quelque sorte spéciale et individuelle devient dans bien des cas plus importante que la compétence générale dont nous parlions et explique bien des succès qui nous paraissaient peu justifiés.

Cependant ici encore se présentent des difficultés : les personnes qui, à ma connaissance, ont joué le rôle de directeur ou à qui des malades ont rêvé de confier le rôle de directeur n'avaient pas toujours ce mérite particulier de bien connaître le sujet et de savoir bien le manœuvrer. Il en est encore ici comme dans l'amour, car ainsi que nous venons de le voir il s'agit bien d'une sorte d'amour quoique les phénomènes sexuels ne jouent aucun rôle : l'amoureux prête à l'objet qu'il aime des qualités qu'il n'a pas toujours. L'amour consiste dans un effort pour vérifier une imagination et l'essentiel est cette imagination qui décore l'objet aimé de qualités merveilleuses. Dans tous les problèmes relatifs aux relations sociales, il faut toujours se souvenir qu'il y a deux hommes en présence et ne pas oublier que le phénomène social observé dépend de la relation de leurs deux états psychologiques. Il ne faut pas se borner à examiner l'action du directeur et à lui attribuer toute l'efficacité, il faut aussi comprendre l'attitude du dirigé qui est également essentielle.

Il y a évidemment une attitude, une conduite spéciale de l'individu dirigé vis-à-vis de son directeur, attitude qui caractérise le phénomène de l'influence. Autrefois en décrivant l'état mental des hystériques, je signalais cette attitude des malades hystériques qui n'a pas toujours été bien comprise. « Celui qui

s'occupe d'elles n'est plus à leurs yeux un homme ordinaire ; il prend une situation prépondérante auprès de laquelle rien ne peut entrer en balance. Pour lui elles sont résolues à tout faire, car elles semblent avoir pris une fois pour toutes la résolution de lui obéir aveuglément. Mais en revanche elles se montrent extrêmement exigeantes, elles veulent que leur médecin soit tout à elles, ne s'occupe d'aucune autre personne, vienne les voir à chaque instant, demeure longtemps avec elles et prenne à cœur leurs moindres préoccupations[1]. » Une attitude du même genre se retrouve chez tous les autres malades que nous venons de décrire et c'est précisément parce qu'ils ont une attitude spéciale assez curieuse que nous avons été amenés à constater et à étudier le phénomène de l'influence.

Cette attitude spéciale joue dans la vie de ces personnes un rôle très important car elle est au fond de bien des conduites particulières. Comme je l'ai déjà souvent répété, elle est probablement un des éléments essentiels de la suggestion au moins de cette systématisation de la suggestion qui rend le sujet si suggestible vis-à-vis d'une personne déterminée, tandis qu'il l'est peu ou même qu'il ne l'est pas du tout vis-à-vis des autres. Non seulement le sujet ne résiste pas à la réalisation de l'idée suggérée par cette personne, mais il va au-devant, il favorise de toutes ses forces le développement de cette idée. C'est de là également que dépend cette crédulité que l'on rencontre chez certains psychasténiques à côté de leurs doutes perpétuels : « il faut absolument que je croie quelqu'un, répète Lydia, puisque je ne peux pas me croire moi-même. Je vous crois toujours, parce que j'ai décidé depuis longtemps de vous croire et je m'accroche à cette décision qui est ma sauvegarde. » — « J'ai trop peur d'être abandonnée à moi-même, dit Cora, et c'est pour cela que je fais de tels efforts pour vous obéir et vous croire toujours. »

Vis-à-vis de ce même directeur ils ne sont pas seulement dociles, ils sont surtout excitables : les compliments du directeur ou ses reproches déterminent chez eux des réactions violentes, ses paroles deviennent le point de départ de grands efforts de tension qui amènent de grands changements. C'est là encore un résultat de l'attitude qu'ils ont prise, beaucoup plus que de la

1. *Stigmates mentaux des hystériques*, 1893, p. 158; L'influence somnambulique, *op. cit.*, p. 446.

puissance même de ces paroles. Une jeune fille de 22 ans racontait depuis longtemps à tout le monde ses idées scrupuleuses et ses craintes de tuer sa mère, elle s'est entendu dire cent fois que ses idées étaient stupides. La voici qui a peur maintenant que je ne la prenne pour une imbécile : « J'ai moins d'idées absurdes, parce qu'il faudrait que je vous les dise et que cela me fait honte. » Nadia ne veut pas que l'on me raconte les sottises qu'elle a faites, elle tient à les raconter elle-même, pour les atténuer sans doute : « parce qu'elle a décidé avec elle-même de ne pas se montrer sous un trop mauvais jour ». La plupart des excitations artificielles que nous avons décrites montrent bien cette part de collaboration du sujet qui explique ses efforts et ses succès.

Il ne faut pas croire qu'il s'agisse ici d'une conduite réfléchie et volontaire qui se constitue à chaque action, toutes les fois que le directeur donne un ordre ou fait un compliment. S'il en était ainsi cette conduite n'aurait pas la régularité qu'elle présente e serait impossible au moment où le sujet est incapable d'un effort de volonté et d'attention, quand il est déprimé, c'est-à-dire juste au moment où elle est utile. C'est une conduite automatique qui heureusement se reproduit au moment voulu sans réclamer une décision nouvelle. Les malades mal disposés par leur état de dépression pensent sincèrement qu'ils n'écouteront rien, qu'ils ne croiront rien et ils sont tout surpris eux-mêmes d'écouter et de croire comme toujours les paroles de leur directeur, quelles qu'elles soient. Il y a chez eux une tendance bien organisée et solide qui consiste à réagir par cette conduite spéciale, par la suggestibilité et l'excitabilité aux paroles d'un individu déterminé, que cet individu ait ou n'ait pas à ce moment des mérites particuliers. Les personnes qui ne subissent pas l'influence d'un directeur, qui ne sont pas transformées par elle ne sont pas toujours celles qui ne rencontrent pas un directeur capable, mais celles qui n'ont pas en elles-mêmes de tendance préorganisée à la réaction d'influence vis-à-vis d'un individu déterminé.

D'où vient une pareille tendance ? Comment peut-elle se trouver ainsi toute construite dans certains esprits ? Sans doute on peut dire très justement qu'elle est une forme très spéciale de plusieurs autres tendances antérieures, qui existaient dans l'esprit du sujet bien avant la maladie. L'école de Freud a justement fait observer qu'il y a là une forme des tendances primitives qui poussent le petit enfant à suivre ses parents, à leur obéir, à cher-

cher auprès d'eux asile et protection : « Pardonnez-moi d'être une pieuvre collante, disait Nadia, f. 33, vraiment je n'y puis rien, je suis née avec ce caractère-là et je sens que je m'accrocherai toujours. Autrefois je m'accrochais à maman, elle est morte et je ne peux pas m'entendre avec mon père, je me sens tout à fait abandonnée. Pour bien des choses il me semble que je suis une petite enfant de six ans abandonnée par ses parents ; je vous assure que je ne suis pas folle, mais j'ai tellement besoin de protection que cela me rend collante. » On peut observer également comme nous l'avons déjà vu, que les tendances sexuelles jouent certainement un rôle, ne fût-ce que par cette disposition naturelle de tout individu à réagir d'une façon particulière à des ordres, à des blâmes, à des éloges, quand ils sont donnés par une personne de l'autre sexe. Quoiqu'il y ait certainement de nombreuses exceptions, on peut remarquer d'une manière générale qu'une femme est plus facilement dirigée de la manière que nous étudions par un homme que par une autre femme. Enfin il faut évidemment faire une place aux plus simples tendances sociales, aux tendances à la hiérarchie, à l'obéissance, à l'esclavage même. Nous ne sommes pas étonnés de voir dans la disposition à accepter et à rechercher cette direction spéciale, réapparaître toutes ces tendances anciennes, car nous savons que dans toute excitation il y a des appels de ce genre à des tendances profondes.

Mais il est évident que cela ne suffit pas, d'abord la tendance à subir l'influence du directeur n'est exactement ni la conduite de l'enfant vis-à-vis de ses parents, ni la conduite de la maîtresse vis-à-vis de l'amant ; c'est quelque chose de très spécial qui n'est pas l'activation pure et simple de l'une de ces anciennes tendances, mais qui est une combinaison nouvelle réalisée à propos de circonstances toutes particulières. Ensuite, ces vieilles tendances de l'enfant, de l'esclave, de l'amante, existent au fond du cœur de tous les hommes et elles devraient toujours pouvoir intervenir et constituer la conduite d'influence, si elles la constituaient complètement ; or nous savons que cette conduite d'influence fait très fréquemment défaut malgré l'existence latente de ces vieilles tendances, elle est donc quelque chose de plus.

Il est nécessaire d'admettre qu'à un certain moment de leur traitement les malades ont constitué dans leur esprit cette tendance spéciale vis-à-vis de la personne déterminée qui s'occu-

pait d'eux. On pourrait désigner ce moment, cet acte remarquable par le mot « acte d'adoption » et remarquer que, s'il joue un grand rôle dans la direction, l'acte d'adoption en joue également un très grand dans beaucoup d'autres conduites, dans l'organisation des hiérarchies par exemple et dans l'amour proprement dit. Que l'amour commence en coup de foudre ou qu'il se forme graduellement, il exige toujours à ses débuts la constitution d'un acte d'adoption semblable. Il en a été de cet acte comme de toutes nos actions nouvelles : il a été formé par le mélange de toutes sortes d'inclinations antérieures plus ou moins analogues qui se sont synthétisées d'une manière particulière. Les tendances profondes dont nous venons de parler, le sentiment du danger présent et de la faiblesse de la volonté, la conduite même plus ou moins habile de la personne considérée, la répétition des rencontres et des séances dans des conditions favorables, tout cela est intervenu dans cette synthèse qui s'est heureusement constituée dans l'esprit de quelques sujets.

On constate fort bien dans les directions artificielles et médicales le moment où se forme chez de tels sujets la tendance à l'influence. Le plus souvent ce moment apparaît après un certain temps de traitement, quelquefois, comme je l'ai montré dans mon étude précédente, assez rapidement et d'une manière brusque. Le sujet change d'attitude vis-à-vis de son médecin : au lieu d'avoir avec lui une conduite banale analogue à celle qu'il a vis-à-vis de plusieurs personnes de son entourage, il prend une conduite très spéciale qu'il n'a pour aucune autre personne. Cette conduite s'exprime assez bien par l'idée qu'il se fait de son médecin, car les idées que nous avons sur une personne ne sont pas autre chose que le résumé très abrégé de notre conduite à son égard. Tandis qu'auparavant il vous considérait comme banal, comme un médecin parmi tant d'autres, comme un individu bon pour eux ainsi que plusieurs autres, il commence à vous regarder comme exceptionnel à un point de vue quelconque, il déclare que vous êtes le seul au monde capable de les comprendre, le seul qui cherche réellement à les soulager, etc. Nadia, entêtée elle-même d'une manière invraisemblable et despote dans sa famille, m'écrit un jour après deux mois de traitement : « Je croyais être moi-même la personne la plus entêtée du monde qui n'obéissait jamais à personne et je suis toute surprise de voir que vous êtes plus entêté que moi et que personne, pas même moi, ne peut résister à votre

volonté. » Il est inutile de faire remarquer que l'idée de Nadia sur mon entêtement et mon énergie volontaire ne correspond nullement à la réalité et qu'elle dénote une grande faiblesse d'observation psychologique ; mais cette idée a suffi pour rendre la pauvre fille admirablement docile pendant dix ans et pour la sauver de la folie.

Beaucoup de névropathes après avoir répété indéfiniment « qu'ils n'étaient jamais compris » semblent découvrir tout d'un coup « qu'une personne les comprend ». Ce mot joue un si grand rôle dans leur langage qu'il faut y insister un peu. Quand on leur demande ce qu'ils entendent par là, ils ont bien de la peine à s'expliquer : « C'est que vous ne vous moquez pas de mes idées baroques... c'est que vous savez que je ne suis pas bête quoique je dise des choses stupides, que j'ai bon cœur quoique je paraisse égoïste, que je suis bon quoique je paraisse méchant... Enfin je sens que vous me comprenez et vous ne vous figurez pas le bien que cela me fait, il suffit que l'on me comprenne et tout va bien. » C'est encore là une bien singulière illusion : il n'est pas du tout certain que nous les comprenions et quelques observations superficielles ne suffisent pas pour pénétrer un état mental. Mes retours perpétuels sur la théorie de la suggestion, mes additions et mes complications dans l'interprétation des impulsions montrent bien que je n'ai pas moi-même le sentiment de comprendre ces malades. D'ailleurs cela importe peu : des malades ont exprimé devant moi la conviction d'être compris par des personnes qui certainement les étudiaient et les comprenaient encore moins que moi. Il n'est pas certain que nous ne nous moquerons pas d'eux, la moquerie peut quelquefois être utile et d'ailleurs ils l'acceptent très bien de la part de celui qui est leur directeur ; il n'est pas certain que nous ayons d'eux une opinion si favorable et ils sont disposés à accepter de nous des jugements très sévères. En réalité ils se rendent très mal compte du sentiment qu'ils éprouvent quand ils déclarent « être compris ».

Cette idée « d'être compris par une personne » correspond simplement à une conduite déterminée qu'ils adoptent vis-à-vis de cette personne. Ils seront désormais capables d'exprimer devant elle leurs sentiments et leurs idées, tandis que d'ordinaire ils ne pouvaient arriver à aucune expression nette et se réfugiaient eux-mêmes dans la plaisanterie et dans l'ironie. Quand ils disent qu'on les prend au sérieux, cela veut dire qu'ils se

décident à parler sérieusement. Ils feront ou essayeront de faire ce que cette personne leur commandera, c'est disent-ils qu'elle connaît leurs forces et ne peut leur demander rien d'impossible, c'est qu'en réalité ils sont devenus plus forts par leur confiance dans la direction et dans l'assistance et qu'ils se sentent capables d'exécuter certains commandements. « C'est fait, cette fois je sens que vous m'avez compris ; j'ai acquis la confiance d'un enfant qui commence à marcher et qui se sent tenu ne fût-ce que par un coin de son tablier ; je m'abandonne, vous verrez ce que je peux mettre de volonté dans cette obéissance. » Ce que je viens de remarquer à propos du mot « être compris » pourrait être répété à propos de toutes les idées que les malades ont sur leur directeur. Il s'agit toujours d'une conduite spéciale vis-à-vis de lui qui s'est organisée dans leur esprit et qui s'exprime plus ou moins correctement par de telles idées.

Il ne faut pas que les directeurs conçoivent trop d'orgueil des opinions exprimées par des malades de ce genre. Quand ceux-ci, au moins dans leurs bons moments, déclarent leur directeur un être absolument exceptionnel et supérieur à tous les autres, il ne s'agit pas bien entendu d'une appréciation justifiée dont ils sont bien incapables et dont ils n'ont pas les éléments ; il s'agit d'une affirmation conventionnelle qui exprime simplement leur adoption. La conduite que nous avons appelée « conduite d'influence » est une conduite spéciale qui n'existe que vis-à-vis d'un individu déterminé. Il est tout naturel qu'adoptant une conduite de ce genre vis-à-vis de cet individu ils le considèrent comme exceptionnel. C'est parce que vous êtes devenu leur directeur que vous êtes admirable, de même qu'on devient écrivain immortel parce qu'on est élu académicien.

En résumé, les hommes agissent incessamment les uns sur les autres et les influences sociales sont parmi les causes les plus puissantes de santé et de maladie, de dépression et d'excitation. Après avoir étudié précédemment les influences sociales qui sont dangereuses et déprimantes nous avons cherché à comprendre les influences sociales qui protègent et qui excitent. De telles influences sont nombreuses et variées et nous en avons étudié plusieurs dans le chapitre précédent : pour résumer ici les caractères de la direction il nous semble utile de mettre en parallèle la direction et une autre influence par certains côtés analogue, la garde des malades.

L'acte de garder un malade est également une action sociale, protectrice et utile. C'est grâce à la personne qui le garde que le malade incapable de se protéger lui-même et de suivre les conseils du médecin évite les actes dangereux, suit son traitement, garde les attitudes du repos et fait même quelques-uns des efforts utiles qui lui ont été demandés. Cette action du garde présente des caractères psychologiques importants : elle doit être continuelle parce qu'elle a des effets simplement momentanés. L'action du garde sur le malade n'existe guère qu'au moment même où elle s'exerce : le garde vient de s'opposer à ce que le malade sorte du lit et dans un instant il devra recommencer à opposer la même résistance. Ce caractère momentané de l'influence nous montre que le garde détermine chez le malade des phénomènes psychologiques fort inférieurs : l'étendue des actions humaines dans l'espace et dans le temps est en raison de leur élévation dans la hiérarchie psychologique. Le garde en effet n'agit que par des résistances qui déterminent simplement des actes perceptifs ou bien par des ordres simples qui donnent lieu à des phénomènes intellectuels très élémentaires. Enfin, cette action du garde est banale, la résistance matérielle, l'ordre simple peuvent être pratiqués avec le même résultat par bien des personnes différentes et il n'est pas nécessaire que le garde soit un individu déterminé. Les influences sociales s'exercent le plus souvent d'une façon générale : les parents sont avant tout les parents, caractérisés par le rôle qu'ils jouent, indépendamment de leur personnalité ; la femme agit sur l'homme par son sexe, parce qu'elle est femme, avant d'agir spécialement parce qu'elle est telle ou telle. Le chef, le prêtre, le professeur, le médecin, ont leur supériorité générique qui se retrouve la même chez tous. Le garde agit de la même manière en tant que garde et non en tant qu'individu.

La direction semble évidemment sur certains points identique à l'action du garde : elle est utile de la même manière en arrêtant les actions nuisibles, en déterminant les attitudes du repos, en organisant les traitements, en amenant le malade à faire les actes excitants. Mais ces résultats sont obtenus d'une toute autre manière : l'action du directeur est beaucoup plus efficace et surtout elle n'a pas besoin d'être continuelle puisqu'elle n'est pas uniquement momentanée. Elle agit, en effet, en déterminant des actes d'un niveau psychologique plus élevé qui s'étendent plus

loin, des résolutions, des croyances, des efforts, en un mot elle agit surtout en déterminant de l'excitation. Ce qui distingue encore mieux cette influence du directeur de l'influence du garde c'est que le directeur agit beaucoup plus d'une manière individuelle qui lui est propre. Dans les phénomènes d'influence nous avons d'abord vu ces actions sociales génériques dont l'importance est très grande. Il me semble maintenant qu'il faut faire une place à une influence sociale d'un genre particulier : il s'agit de l'influence directrice et excitatrice de l'individu en tant qu'individu. Depuis le développement des conduites et des idées relatives à l'individualité, à la personnalité, à la liberté, les hommes ont attaché une grande valeur à l'individu, à la pénétration de l'individu, à la conquête de l'individu ; ils ont inventé l'intimité, c'est-à-dire des relations spéciales, déterminées par le caractère propre des deux personnes en présence, « parce que c'était lui, parce que c'était moi », et ces relations délicates et perfectionnées sont parmi les excitants les plus puissants que la société puisse nous offrir. Les névropathes qui cherchent partout des sources d'excitation ont deviné celle-là, quand ils sont intelligents et délicats et toute leur vie ils ont rêvé un ami personnel fait à leur mesure, qui les comprenne et qu'ils comprennent. Bien entendu, ils sont le plus souvent bien incapables de réaliser cette association particulièrement difficile ; mais quand par hasard ou à la suite d'une aide artificielle ils sont parvenus à la réaliser quand l'adoption a été faite, ils en tirent un grand bénéfice. La direction est justement l'utilisation thérapeutique de cette forme particulière d'action sociale des hommes les uns sur les autres.

6. — Les conditions de la direction.

L'étude que nous venons de faire des phénomènes d'influence nous a montré qu'il s'agit là de phénomènes psychologiques complexes et délicats qu'il n'est pas facile de reproduire et d'utiliser dès qu'on le désire. Il ne suffit pas que le malade ait besoin d'une direction, ni même qu'il en réclame une, il ne suffit pas que le médecin soit capable de jouer le rôle de directeur et qu'il essaye de le jouer pour établir entre eux ces relations particulières, pour établir une influence utile et durable. Quand on

réfléchit aux conditions dont dépendent ces phénomènes, on voit qu'elles sont difficilement réalisées.

Il n'y a pas lieu d'insister sur les conditions que doit réaliser le directeur, elles sont, comme je l'ai déjà dit, moins importantes qu'on ne le croit. Plus tard probablement les progrès de la psychologie seront tels qu'il sera nécessaire de posséder toute une science de l'esprit humain pour prétendre à la direction des esprits malades ; mais aujourd'hui malheureusement les connaissances psychologiques utiles sont bien peu nombreuses et assez rapidement acquises. Il suffit d'avoir quelque goût pour l'analyse psychologique, quelque sympathie pour les souffrances morales, quelque esprit d'observation et quelque décision pour pouvoir remplir ce rôle dans la perfection et nous avons vu que bien des personnes peu qualifiées par leur éducation antérieure avaient parfaitement réussi. La difficulté principale, comme je l'ai souvent répété, consiste dans le temps qu'il est nécessaire de dépenser avec le malade et dont le directeur doit pouvoir disposer. Plus souvent qu'on ne le croit des hommes et des femmes sont capables de rendre de cette manière de grands services à des esprits débiles et ce n'est pas de ce côté que se présentent les plus grandes difficultés.

En réalité, c'est le malade lui-même qui présente le problème le plus important, c'est sa situation, son état mental qui rendent la direction possible ou irréalisable. N'insistons pas sur des points de minime importance malgré l'apparence : le sexe, l'âge, l'éducation antérieure du malade ne modifient pas beaucoup sa situation au point de vue qui nous occupe. Si le nombre des femmes paraît plus considérable dans nos observations, c'est que les maladies nerveuses susceptibles d'un traitement par la direction sont plus fréquentes chez elles et qu'elles ont davantage les loisirs réclamés par de tels traitements. Les hommes, quand ils présentent les mêmes troubles, éprouvent les mêmes besoins et tirent souvent un excellent parti de la même thérapeutique. Sans doute on trouve dans nos observations un plus grand nombre de malades assez jeunes de 20 à 35 ans ; mais c'est l'âge où les névroses curables sont le plus nombreuses. Des personnes âgées peuvent parfaitement présenter les phénomènes de l'influence, l'observation curieuse de Mme Z., âgée de 65 ans, le démontre parfaitement. Tout au plus peut-on remarquer que la jeunesse du malade et une certaine supériorité d'âge du médecin

facilitent le début de la direction. A propos de la suggestion nous avons déjà examiné la thèse de M. Bernheim qui croit constater la suggestibilité spécialement chez des personnes peu instruites, habituées à la domesticité, à l'obéissance passive. La disposition à subir l'influence dépend d'un état maladif bien plus que de l'éducation et peut se rencontrer dans des situations sociales très différentes. Il est cependant juste d'observer que des personnes intelligentes, instruites sont plus sévères dans le jugement qu'elles portent sur leur directeur. Un homme de 50 ans, littérateur et moraliste distingué, me disait avec tristesse : « On me recommande toujours de me placer sous l'autorité de quelqu'un pour dissiper mes doutes, de subir une influence ; mais cela m'est vraiment très difficile, quand je trouve malgré moi que mon directeur est trop bête. Vous ne voulez pourtant pas que je prenne pour directeur de conscience mon jardinier ». On pourrait discuter ces remarques, car la supériorité du directeur n'est pas une supériorité purement intellectuelle, mais on peut accorder qu'une certaine valeur intellectuelle facilite l'établissement de l'influence chez des malades particuliers. On peut conclure simplement que la psychothérapie demande chez le médecin une instruction plus générale que les autres thérapeutiques. Ces conditions de sexe, d'âge, d'éducation, quoiqu'il faille en tenir un certain compte, ne sont pas en réalité les plus importantes.

Des conditions plus importantes me paraissent être des conditions sociales, j'entends par là des conditions qui tiennent à l'entourage du malade. On pourrait croire qu'un malade isolé, indépendant, sans famille qui agisse sur lui se trouve dans les conditions les plus favorables. Des malades de ce genre répètent sans cesse qu'ils sont seuls, abandonnés, qu'ils ont besoin de s'accrocher à quelqu'un. L'expérience cependant ne justifie pas absolument cette remarque : une jeune fille de 23 ans, qui n'a plus sa mère et dont son père ne s'occupe guère, est atteinte de dépression psychasténique et gémit de son isolement : « Je ne suis étayée par rien, je suis comme suspendue en l'air, je n'ai d'intérêt à rien, ni à personne, je suis comme un piano désaccordé, il me faudrait trouver quelqu'un pour l'accorder... » Elle va vers l'un, puis vers l'autre, suivant des recommandations quelconques ou des caprices ; elle essaye pendant quelques semaines tous les directeurs possibles et n'en

trouve aucun « qui soit capable d'accorder le piano ». Il en est de même dans cinq observations où je vois des malades qui se plaignent de leur isolement moral, qui pendant des années cherchent avec la plus entière liberté, parmi les médecins et les prêtres, un directeur et ne le trouvent jamais, parce qu'ils sont rapidement mécontents et que livrés entièrement à eux-mêmes ils s'éloignent au premier mécontentement. Parmi des malades de ce genre que leur situation de famille ou de fortune rendent trop indépendants, on trouve souvent des types analogues à celui que Charcot appelait autrefois « le Juif errant » qui consultent indéfiniment tous les médecins de tous les pays sans jamais arriver à subir pendant quelque temps une influence salutaire, car ils s'éloignent découragés avant qu'un phénomène d'adoption ait pu s'établir. Ce qui produit ce désordre, c'est la difficulté de l'acte d'adoption qui demande des efforts longtemps continués, surtout chez des déprimés peu actifs. Tout traitement psychothérapique est nécessairement prolongé et il doit être fait un certain temps par la même personne. Les malades trop indépendants sont obligés de s'imposer à eux-mêmes la régularité et la continuité d'une même direction avant d'en ressentir les avantages et le besoin. Or, leur maladie même les rend incapables de toute action régulière et prolongée et, livrés à eux-mêmes, ils n'arriveront jamais à organiser la direction dont ils sentent le besoin. Une famille qui impose au malade le choix du médecin, qui est capable de comprendre la nécessité d'une certaine régularité et de l'imposer, apporte évidemment des conditions favorables à l'établissement de la direction, au moins au début : plus tard, l'adoption étant faite, le malade continuera de lui-même.

Inversement, l'entourage des malades peut devenir une cause de difficultés : d'abord, il peut être formé de personnes hésitantes et instables comme le malade lui-même et incapables de comprendre la nécessité de la continuité dans des traitements de ce genre. Bien des familles par excès de dévouement appellent auprès du malade de nombreux médecins, multiplient les consultations à grand orchestre, exigent toujours la réunion de plusieurs médecins dans les séances de traitement. Bien des médecins à Paris se rappellent le traitement fameux de « Mignonne » qui n'a abouti et ne pouvait aboutir à rien. Si des réunions de médecins sont rarement avantageuses, sauf dans des cas spéciaux, quand il s'agit de médecine générale, elles sont presque toujours

désastreuses en médecine mentale : le partage des responsabilités et des influences aboutit ici plus que partout ailleurs à l'inaction. Aucune influence ne peut s'établir, si le médecin directeur n'est pas seul à traiter le malade pendant un temps assez long.

En dehors de ces difficultés relatives au choix et à la liberté du médecin, l'entourage du malade peut de bien d'autres manières compliquer le problème de la direction. Très souvent des parents, des époux, des amis, eux-mêmes plus ou moins névropathes, présentent ce caractère autoritaire que nous avons souvent étudié. Bien qu'ils soient incapables d'exercer une direction réelle et effective, ils veulent avoir l'autorité sur le malade ou du moins conserver les apparences de l'autorité. Ils le désirent d'autant plus que le malade manifeste sans cesse des besoins de direction, des instincts d'obéissance et que les autoritaires se figurent trouver auprès de lui une satisfaction facile à leurs secrets désirs de domination. Très souvent les personnes de ce genre éprouvent un mécontentement, une véritable jalousie en voyant la place que prend le médecin. Ils disent tout haut et plus ou moins sincèrement que le médecin doit diriger un esprit malade dont ils ne savent pas eux-mêmes soulager les souffrances ; mais en dessous, et peut-être sans s'en rendre compte, ils font tout pour s'opposer au développement de cette influence. C'est là une attitude curieuse que j'ai observée tantôt chez la mère, tantôt chez la sœur ou chez la fille du malade et il est évident dans ces observations que cette lutte dissimulée a rendu la direction impossible ou beaucoup plus difficile.

Dans d'autres cas la situation est encore plus délicate, car une de ces personnes a réellement réussi à prendre de l'influence sur le malade : nous venons de voir beaucoup de névropathes vivant sous l'influence d'un parent, d'un amant, d'une garde. Tant que cette influence est efficace et réussit à maintenir le malade, tout est pour le mieux. Mais il arrive souvent que cette direction peu compétente est insuffisante et qu'en présence de troubles considérables, le malade soit amené à réclamer une assistance médicale tout en restant cependant soumis en grande partie à l'influence précédente. Celui qui le tient sait bien qu'il ne réussit guère, mais il ne veut pas renoncer à son rôle, soit par affection réelle, soit par intérêt. Il est bien difficile au médecin de réussir dans ces conditions : le malade tiraillé entre deux influences toujours opposées par quelque point se trouble et se fatigue sans

résultat. L'influence trop despotique et maladroite de sa mère rend impossible le traitement d'un jeune homme de 22 ans qui tombe de plus en plus dans le délire asthénique. L'influence intéressée d'une garde à laquelle la malade ne peut pas échapper arrête tout essai de direction chez une femme de 37 ans. Il est nécessaire en étudiant l'état mental d'un sujet de découvrir ces influences qui s'exercent sur lui : il faut les supprimer si c'est possible ou renoncer au traitement par direction morale. Nous retrouverons prochainement l'étude de ces difficultés en étudiant le problème du changement de direction. Il résulte de ces réflexions que l'entourage des malades joue un rôle considérable dans ces traitements : il peut les rendre difficiles ou impossibles, comme il peut par son intelligence et son dévouement les faciliter énormément. Cela n'a rien de surprenant car les névroses sont avant tout des maladies sociales : de même que leur apparition et leur développement, leur traitement et leur guérison dépendent beaucoup du milieu moral dans lequel est placé le sujet.

D'autres conditions plus importantes encore de ces traitements par direction dépendent de l'état maladif lui-même et du degré de la maladie. Il ne faut pas se figurer, comme on le répète à tort et à travers, qu'une direction médicale puisse être efficace dans toutes les formes des maladies mentales. N'oublions pas que l'état d'influence n'est pas autre chose que le développement plus ou moins automatique d'une tendance qui s'est formée dans l'esprit du malade au début du traitement et que la formation de cette tendance, l'adoption, lui a demandé un travail important. Bien des malades sont incapables d'effectuer ce travail préliminaire, incapables d'adopter qui que ce soit ; ils ne peuvent pas constituer à propos de leur médecin une tendance spéciale et nouvelle par quelques côtés et par conséquent ils n'arrivent pas à le transformer en directeur et à subir spécialement son influence. Par exemple, quand la démence asthénique est avancée, l'abaissement de la tension psychologique est tel que tous les actes d'adaptation nouvelle sont devenus impossibles. Les malades sont indifférents à tous les événements de leur vie actuelle, ils ne vivent plus que dans le passé, car ils ne présentent plus que le fonctionnement de tendances anciennement formées sans pouvoir y ajouter rien de nouveau, qui soit en rapport avec le présent. Ils ne connaissent rien de leur entourage et ne se forment dans

le milieu nouveau où ils sont placés ni amis, ni ennemis : il est évident que dans ces conditions ils ne se formeront pas non plus un directeur. Agathe, dont j'ai souvent cité l'exemple, réclame sans cesse « une personne qui s'intéresse à elle, qui la secoue... qui la tienne avec fermeté... qui la fasse agir », mais, quoi qu'elle me voie régulièrement depuis des années, elle n'arrive jamais à me donner une importance quelconque, à se sentir disposée à m'obéir ne fût-ce quelques instants. La dépression était déjà trop profonde quand j'ai commencé à m'occuper d'elle. Dans la même maladie on peut même observer une évolution encore plus attristante. Des malades, au début de la maladie, quand la dépression était moins forte, ont pu vous adopter au moins d'une manière incomplète et ont subi l'influence d'une manière encourageante. Cependant la maladie qui n'a pu être enrayée continue son évolution : non seulement elle empêche la formation de tendances nouvelles, mais elle rend de plus en plus difficile l'activation des tendances récentes et peu solides, et l'on voit se détruire peu à peu l'influence que l'on avait avec beaucoup de peine ébauchée : c'est là une des terminaisons les plus tristes de la direction sur laquelle nous aurons à revenir.

Il en est de même, quoique à un moindre degré, dans les crises de délire asthénique ou dans les périodes graves de dépression et d'obsession. Les malades complètement envahis par des délires hypocondriaques ou par des délires de culpabilité, des malades trop inquiets qui ne peuvent penser qu'à eux-mêmes, des malades très abouliques chez qui tous les actes sociaux sont devenus très difficiles s'adaptent très difficilement à une direction nouvelle. Ils semblent, au moins dans les cas les moins graves, accueillir assez bien le médecin, ils lui parlent et semblent le comprendre. Mais ces perceptions et même ces actes sont superficiels, ils « glissent sur eux », ne laissent guère de souvenirs et en tous les cas ne donnent naissance à aucune tendance nouvelle. J'ai vu des malades, comme Irène au début de son traitement, incapables de décrire ma figure, de dire si j'étais brun ou blond après quatre mois de traitements presque journaliers. Dans ces conditions, il est évident que l'adoption ne se fait pas, car elle consiste surtout à conserver dans l'esprit une représentation plus ou moins juste, mais solidement construite de la personne du médecin, à lui forger une personnalité et un rôle, à adapter vis-à-vis de lui une attitude spéciale, personnelle, qui ne

soit pas l'attitude banale vis-à-vis de tous les autres. Il faut avec des malades de ce genre se borner aux traitements simples précédents, suggestion momentanée, si elle est possible, repos, isolement, excitations, médications physiologiques, etc.. Peut-être dans des cas favorables ces premiers traitements relèveront la tension au point de permettre plus tard l'adoption et de rendre la direction possible.

Faut-il en conclure que l'établissement de la direction ne réussit que chez les sujets très peu malades qui précisément en ont peu besoin. Cela ne serait pas exact, car j'ai cru remarquer une condition de l'influence qui paraît bizarre, mais dont on observe souvent l'importance. Il n'est pas facile de traiter par des procédés de ce genre un sujet peu atteint, au début de la maladie, quand il ne présente que les lenteurs d'action, les doutes, les scrupules légers qui préoccupent sa famille plus que lui-même. Il ne sent aucunement la nécessité d'un traitement, surtout d'un traitement qui demande un effort de sa part. Il est utile au contraire que les troubles névropathiques, soit par leur forme, soit par leur gravité, aient déjà déterminé d'assez réelles souffrances morales pour que le malade s'inquiète, demande un soulagement et soit disposé à faire quelques efforts pour l'acquérir.

C'est à la période moyenne de la maladie, avant qu'elle n'ait déterminé des crises graves de délire, ou dans les périodes de rémission, quand le malade reprend quelque force que l'établissement d'une direction utile se place le plus facilement : on pourrait le constater dans toutes les observations précédentes. Pour ne reprendre qu'un exemple, celui d'Irène, les phénomènes d'influence n'ont commencé à apparaître chez elle que vers le cinquième mois du traitement, quand les grands délires ont diminué. L'adoption une fois faite, l'influence est devenue considérable et a permis de traiter la malade par les procédés de l'æsthésiogénie que nous avons décrits d'après son observation. Cette influence qui a été chez Irène très durable a rendu de grands services dans ses nombreuses rechutes, qui ont toujours pu être arrêtées dès le début et qui n'ont jamais présenté la gravité de la première crise. Ce fait, s'il pouvait être généralisé, suggérerait une réflexion intéressante sur le traitement des névropathes. Ce n'est pas seulement dans les mauvaises périodes qu'il faut leur appliquer les pratiques de la psychothérapie, c'est également et surtout dans les périodes de rémission et d'améliora-

tion qu'il faut travailler à prendre prise sur leur esprit. Il n'y aura plus tard que trop d'occasions pour tirer parti de ces directions une fois organisées.

Ces brèves réflexions sur les conditions dans lesquelles la direction peut être organisée et devenir un traitement utile, montrent que ce dernier traitement ne peut pas être employé partout, à tout propos. Cela n'a rien de très fâcheux, car d'autres traitements restent utiles, quand celui-là est impossible ; cela nous indique plutôt un progrès de la psychothérapie qui doit arriver un jour à formuler des traitements précis, applicables seulement dans des cas bien déterminés.

7. — Les difficultés de la direction.

L'étude complète de la direction des névropathes comporterait l'examen des différentes phases d'une direction depuis son début jusqu'à sa fin en signalant à chaque période les difficultés, les dangers que l'on rencontre. Cette étude complète est aujourd'hui impossible : je ne puis que tirer des observations quelques remarques sur ces différentes périodes qui peuvent être utiles et devenir le point de départ de recherches nouvelles.

Les problèmes du début de la direction. — Les études précédentes ont déjà mis en lumière les conditions essentielles de l'établissement de l'influence au *début de la direction* : il suffit d'indiquer quelques circonstances qui dans mes observations ont paru faire obstacle à cet établissement et quelques pratiques qui au contraire ont semblé jouer un rôle favorable.

La plupart des névropathes ont beaucoup souffert du caractère ambigu et quelque peu ridicule de leur maladie : ils semblent souvent robustes et intelligents et ils sont incapables d'agir ou ils se conduisent comme des imbéciles. Les parents et les amis ont saisi depuis longtemps ce caractère paradoxal de leur conduite : tantôt ils méconnaissent absolument la réalité de leur mal, tantôt ils croient les guérir par toutes sortes de railleries. En temps de guerre ils les traitent « d'embusqués », en temps de paix de « malades imaginaires » et tournent toujours en ridicule leurs précautions indispensables, l'économie perpétuelle de leurs forces et même leurs souffrances. Un grand nombre de malades m'ont confié leur désespoir et leur indignation quand le

médecin consulté a fait chorus et leur a dit plus ou moins aimablement « qu'ils sont bien sots d'être si malades et que leurs maux disparaîtraient bien aisément s'ils le voulaient ». Un des éléments importants de la direction, c'est la conviction du malade « qu'il sera toujours pris au sérieux » et on ne saurait au début prendre trop de précautions pour la lui inspirer.

L'étude morale du malade doit au début être prudente et j'ai vu certaines investigations maladroites ou précipitées compromettre des traitements. Émile, h. 18, qui présentait un délire asthénique de timidité si intéressant, a été longtemps entre les mains d'un excellent médecin qui n'a pu avoir sur lui aucune prise. Au début ce médecin l'avait soumis à la méthode des interrogations par les tables d'association de M. Jung, alors à la mode, en lui disant que cette méthode mettait en évidence les pensées les plus cachées et que le médecin pouvait par ce moyen deviner tout ce que le malade pouvait avoir dans l'esprit. Émile, qui ne cherchait guère à cacher ses obsessions et qui les aurait fort bien exposées dans une simple conversation, s'effraya de cette méthode de prétendue inquisition et il resta obstinément fermé. Les tables de M. Jung bien entendu ne révélèrent rien du tout, car ces tables, comme hélas ! la plupart des méthodes actuelles de laboratoire ne révèlent que les faits connus d'avance. Il faut au début prendre bien des précautions pour ne pas effrayer inutilement le malade.

Il est également important de ne pas l'inquiéter en lui demandant trop d'efforts, en parlant trop de sa volonté, car le malade s'effraye de la tâche qu'on va lui imposer : une jeune fille de 26 ans à la recherche d'une direction morale va chez un médecin très compétent qui, dès le premier abord, lui dit que le succès dépend des efforts de volonté qu'elle devra faire. Or cette jeune fille scrupuleuse et, en réalité, fort aboulique est obsédée par la pensée qu'elle n'a aucune volonté : elle est désespérée en apprenant que pour guérir il lui faut faire appel à une volonté qu'elle croit ne plus posséder du tout et elle s'enfuit tourmentée par des idées de suicide.

Enfin beaucoup de ces malades se plaignent qu'on les a trop trompés et perdent toute confiance parce qu'ils ont découvert ou cru découvrir une contradiction dans les paroles de leur médecin. On ne se figure pas la perspicacité des névropathes sur ce point : si troublés qu'ils paraissent, ils notent sans cesse la

moindre supercherie, en conservent le souvenir et développent en eux-mêmes à ce propos une méfiance qui devient vite invincible. On ne traite pas un psychasténique comme un dément, c'est là une des grossières erreurs le plus communément commises. Quelle que soit la difficulté du problème, il est presque toujours utile, après s'être assuré du degré d'intelligence du malade, de lui parler le plus franchement possible, et de lui dire exactement le peu que nous savons sur ces singulières maladies de l'esprit, sur les dangers qu'elles présentent et sur les chances d'amélioration que nous pouvons espérer.

Inversement un des meilleurs moyens dont dispose le médecin pour établir son influence, c'est la connaissance exacte du malade. On ne saurait trop insister sur l'importance d'une étude de la vie passée, de l'éducation, des incidents de la jeunesse, des sentiments qu'il a éprouvés, des efforts qu'il a faits antérieurement. Il faut noter par écrit tous ces détails, les étudier à loisir, les relire avant de revoir le malade pour pouvoir y faire allusion et éviter les répétitions. Il faut compléter les confidences du malade par celles qui ont été faites par d'autres sujets, car tous ces névropathes se ressemblent étrangement, quand ils sont à la même étape de la maladie. Il est bon de montrer de temps en temps au malade que l'on sait avant qu'il ne les exprime les sentiments qu'il a éprouvés, les idées qui ont traversé son esprit. Sans doute il faut prendre quelques précautions pour éviter de préciser et de formuler des obsessions encore en germe et on a répété souvent à propos des idées obsédantes comme à propos des accidents hystériques qu'il ne fallait pas fixer des troubles encore vagues. Évidemment il ne faut pas se comporter de la même manière avec une enfant de quinze ans qui présente les premiers symptômes et avec un malade avancé qui rumine ses manies mentales depuis dix ans : c'est là une question de tact. Mais malheureusement les malades que l'on conduit chez le spécialiste ont déjà presque toujours des symptômes bien confirmés et nous n'avons pas grand'chose à leur apprendre. En un mot, il faut que le traitement d'un névropathe soit un traitement personnel, adapté à la personne à qui l'on parle et non pas un traitement banal qui semble convenir à n'importe qui. C'est cette connaissance de la vie du malade et de sa nature personnelle qui lui donne l'impression si importante « qu'il est compris ». Le développement de l'influence suppose que le sujet aura une ten-

dance et une conduite spéciale adaptée à votre personne : pour obtenir qu'il s'adapte à votre personne commencez vous-mêmes par vous adapter à la sienne.

Une des difficultés que l'on rencontre dans l'établissement de l'influence, c'est le changement de direction. Si les médecins précédents n'ont fait que des consultations espacées, si la direction n'a pas été commencée par quelque autre personne, nous sommes en quelque sorte devant un sujet neuf qui, suivant son caractère et la force d'adaptation qu'il a conservée, nous adoptera plus ou moins vite. Mais si un médecin ou quelque autre personne a suivi régulièrement le malade pendant une période assez longue et a exercé sur lui une influence personnelle, si la direction a été interrompue pour une circonstance quelconque l'état d'esprit du sujet n'est plus le même. Sans doute il a senti les avantages d'une direction et il a l'habitude des états d'influence, ce qui peut être considéré comme un avantage ; mais, d'autre part, il a systématisé ses tendances à la suggestion et à l'excitation et il est habitué à réagir avec précision à une personne particulière ayant une attitude, un langage, des procédés particuliers. Il ne faut pas croire que ce changement soit insignifiant pour lui : il s'agit de malades pour lesquels tout changement et surtout les changements qui portent sur la tension psychologique sont très graves et le changement de directeur nécessite toute une adaptation nouvelle avec efforts et dépense de forces. Or précisément la perte du directeur accoutumé, l'interruption de ses séances l'a déjà déprimé et l'a mis dans de mauvaises conditions pour cette adaptation nouvelle.

Malgré toutes les précautions, ce changement s'opère presque toujours avec difficulté et il est l'occasion de bien des rechutes. J'ai décrit ailleurs les difficultés que j'ai rencontrées quand j'ai entrepris le traitement de Marceline en remplaçant mon frère qui avait pris sur elle une grande influence. Elles ont été les mêmes dans le traitement d'une psychasténique, fort bien dirigée depuis des années par l'excellent Dr Magnin, qui fit après la mort de celui-ci une rechute grave. Une autre malade, femme de 32 ans, longtemps dirigée avec talent par un prêtre, fut très malade après son départ et ne put être influencée qu'avec peine. A ses divers troubles elle ajoutait des scrupules particuliers et des accusations d'inconstance : « Il me semble que je deviens sacrilège en passant d'une main dans une autre. » On observe

dans ces cas des phénomènes bizarres à propos de la pensée du directeur qui joue, comme on l'a vu, un rôle si considérable : c'est l'idée du précédent directeur qui revient et qui se mêle aux phénomènes de la passion somnambulique, puis elle alterne avec celle du nouveau directeur et se combine avec elle. Pendant cette période le sujet est malheureux et fort malade, il ne retrouve le calme qu'après un temps assez long, quand la pensée du nouveau maître a complètement effacé celle du premier.

Le traitement pendant cette période demande des précautions particulières. Si cela est possible, il est bon de bien connaître les procédés employés par le précédent directeur et de les imiter au début exactement avant de les modifier graduellement. Chez ces malades, comme d'ailleurs chez les précédents chez qui aucune influence n'a encore été établie, il faut pendant la période d'établissement, utiliser tous les procédés d'économie, se servir du traitement par le repos, par l'isolement, par la simplification de la vie qui permettent d'accumuler des forces pour l'adaptation qu'on leur demande.

L'essentiel dans tous les cas reste la régularité des séances de traitement à intervalles rapprochés pendant un temps assez long et l'application pendant ce temps de tous les procédés précédents de traitement psychologique. Si le malade se trouve dans des conditions favorables, il réussira peu à peu à faire l'acte d'adoption, ce qui permettra de disposer d'une influence plus grande et ce qui ajoutera une force nouvelle aux médications précédentes.

Les troubles en rapport avec la direction. — Il est inutile de revenir sur les phénomènes caractéristiques de l'influence tels que nous venons de les étudier et de les interpréter, sur cette amélioration, cette ascension du malade par l'influence de la personne qui le dirige, sur les rechutes presque fatales qui surviennent un certain temps après le départ du directeur et sur l'impulsion si particulière qui porte le malade à le rechercher et à le revoir de nouveau. Le traitement par la direction est fondé sur l'utilisation thérapeutique de ces phénomènes fondamentaux. Mais cette utilisation pratique rencontre des difficultés de toute espèce et ce sont ces difficultés qu'il nous faut étudier maintenant.

Il ne faut pas croire que l'influence du directeur rende immédiatement faciles toutes les modifications du sujet. Les hystériques les plus suggestibles qui réalisent très facilement des suggestions

indifférentes présentent une toute autre résistance quand il s'agit de leurs idées fixes ; des psychasténiques qui se laissent facilement réconforter en apparence n'acceptent plus du tout les conseils et les explications quand il s'agit de leurs obsessions ou de leurs délires. Si on insiste, il y a à ce moment des oscillations et des hésitations indéfinies : alternativement le malade veut obéir aveuglément au directeur, puis il ne le veut pas et en définitive il finit après des heures de discussion par ne rien faire.

Ces résistances donnent naissance à des agitations variées qui peuvent prendre toutes les formes. Des sujets, même en état hypnotique, peuvent parfaitement entrer dans de grandes attaques d'hystérie parce que le directeur veut obtenir une obéissance immédiate ou simplement une promesse : le fait est assez banal. Les mauvaises humeurs, les reproches, les colères, les doutes reviennent à chaque instant dans des circonstances semblables et diminuent ou suppriment le bien-être de la période consécutive à la séance.

Ces résistances et ces agitations sont d'ordinaire peu dangereuses, mais elles prennent une importance particulière quand elles s'attaquent au pouvoir même du directeur. L'hésitation et le doute portent alors précisément sur la parole et sur la valeur de celui qui doit par la confiance qu'il inspire arrêter les hésitations et dissiper les doutes : « Je vous ai demandé d'être absolument franc et libre avec moi et il me semble maintenant que vous cherchez à me tromper... Il y a des contradictions dans ce que vous me dites, comment voulez-vous que je vous croie... Est-ce que vous connaissez bien mon cas, il me semble de nouveau que je ne suis plus compris... Dominez-moi de manière que je n'aie qu'à obéir facilement, moi qui ne sais jamais au juste ce que je veux, j'adore plier sous une volonté nette, fixe, qui s'impose, la moindre hésitation, le moindre tâtonnement me donnent de la défiance... Il n'y a plus personne qui me tienne, moi qui ai si peur de ne plus être tenu... Vous êtes de nouveau lointain et inconnu. » Ils doutent surtout de la valeur et de la supériorité de leur directeur, ils sont ébranlés par le plus petit insuccès, par la moindre critique qu'ils ont pu entendre : « Moi qui étais toujours à la recherche d'une supériorité écrasante, je suis perdu quand j'entends une phrase malveillante qui désauréole mon idole... Il n'existe donc pas d'homme qui pourait me faire marcher comme je le voudrais... J'ai besoin d'un génie pour directeur,

j'ai moins de chagrin de ce qui m'atteint et me diminue moi-même que de ce qui diminue dans mon esprit la valeur de celui à qui je me confie : les supériorités vraies je leur obéis tout de suite. » Ce qui signifie poliment que je n'ai pas une supériorité vraie puisqu'il ne peut pas m'obéir tout de suite.

Alors se développent bien entendu toutes les critiques plus ou moins justes contre le directeur. Évidemment il ne correspond pas à « l' ami idéal » qu'ils aspiraient à rencontrer : « Un ami, un vrai ami ne prend pas des notes sur vos douleurs morales pour en faire agréablement un sujet d'études, il ne garde pas votre correspondance intime dans des dossiers médicaux ; on ne le voit pas à des moments fixes en dehors de tous rapports francs et libres. On sait quelque chose de son existence et on n'est pas seul à se confier... Mon rêve a toujours été d'être aimé pour moi-même et de ne pas subir une influence de métier lointaine et passagère. » Le doute augmente par ces réflexions : « Au fond je ne vous connais pas du tout et je suis pas sûr de mon jugement sur vous... Je suis une créature malheureuse, misérable et veule : tout m'est effort, tout m'est tension, même ds croire. »

Dans ces conditions le malade mécontent surveille son directeur, il a vis-à-vis de lui des exigences qui deviennent des manies tout à fait analogues à celles qui tourmentaient sa famille. Ainsi il devient exigeant pour ses séances, il veut les régler, il veut qu'elles soient toujours exactement pareilles et il affirme que « si on change le moindre détail elles ne lui feront aucun bien ». Quand le malade éprouve le phénomène de la passion somnambulique ou du besoin de direction, il veut que la séance se fasse immédiatement dès qu'il en ressent le besoin et il est furieux si le médecin n'est pas constamment et immédiatement à sa disposition : « Comment peut-on se permettre de lui refuser quelque chose, puisqu'on sait bien que ces refus la rendent malade ? » Zoé devient dure et méchante si on lui résiste à ce moment : « Elle est comme une furie, affole tout le monde et recommence à crier qu'on ne la comprend pas. » Ces colères sont surtout graves quand on veut, comme cela est nécessaire, mettre un certain écartement entre les séances : « Me remettre à quinzaine comme un procès ennuyeux, il serait moins dur de refuser du pain à un pauvre. » Nous retrouverons ces difficultés de l'écartement des séances en étudiant la fin des directions.

Quand il est en presence de son directeur, le malade a très

souvent des manies d'interrogation, bien en rapport avec son état de doute et qui se sont naturellement systématisées sur la personne du directeur. Il prépare des questions innombrables, ou répète indéfiniment sous toutes les formes la même question, qu'il s'agisse de l'existence de Dieu, de la fatalité qui gouverne le monde ou des microbes qui infectent la paroi d'un verre à boire. On voit apparaître bientôt les manies de la taquinerie et de la bouderie : il fait sur un ton navré des reproches qu'il sait faux pour voir comment réussit l'attaque simulée, ou bien il fait à chaque instant semblant de se retirer et de rompre définitivement pour voir les effets de la rupture simulée : « Il est inutile que je vous écrive puisque vous ne lisez même pas mes pages angoissées... Il est inutile que je revienne vous voir à l'hôpital : je vous ai dévoilé le plus profond de mon cœur et vous ne voulez que rire de nous et faire trembler les pauvres petites. » Ou bien ce seront les manies inverses du dévouement : « Je voudrais vous considérer comme mon fils, faire votre éducation, vous perfectionner pour vous rendre digne de mon affection... Je voudrais que vous ayez une vie agréable et que ce soit grâce à moi. » Ces mêmes malades vont chercher à provoquer la jalousie en énumérant les personnes qui ont bien plus d'action sur eux et plus souvent encore ils souffrent eux-mêmes de jalousie. Il est inutile de revenir sur les descriptions, que l'on trouve dans les anciens ouvrages des magnétiseurs et que j'ai déjà essayé de refaire moi-même, de la jalousie des hystériques hypnotisées contre les autres malades traitées de la même façon, sur la rivalité des somnambules qui a joué un rôle déplorable dans les anciennes querelles du magnétisme animal et plus réeemment dans les erreurs de l'enseignement de la Salpêtrière. Il en est de même d'ailleurs pour les névropathes qui ne sont pas hypnotisés : souvent, dès que l'influence existe, le malade devient autoritaire, accapareur et jaloux. Il est difficile de soigner deux personnes de ce genre dans la même famille : Lise et Adèle deviennent plus malades qnand je m'occupe également de leurs sœurs. Il faut souvent prendre des précautions pour éviter d'exaspérer cette jalousie.

Ces troubles peuvent se compliquer comme la plupart des troubles des névropathes en donnant naissance à des phobies, à des idées obsédantes plus ou moins accompagnées d'impulsions qui portent précisément sur le phénomène de l'influence et sur

les rapports avec le directeur. Nous avons déjà vu les obsessions et les peurs relatives aux « efforts que le directeur va leur demander et qui les épuiseront définitivement », relatives « au danger qu'il y a pour eux à se laisser entraîner par un homme aussi exigeant ». — « Ce médecin s'occupe de maladies nerveuses et mentales, j'ai donc une maladie mentale, c'est effrayant. C'est lui qui réveille ma peur de devenir folle ; sa seule présence, la pensée qu'il va venir me bouleverse et me donne de terribles angoisses. » D'autres transforment en obsessions les doutes précédents sur la capacité ou la sincérité du directeur : « Le Dr m'a dit un jour : je suis sûr que vous guérirez et un autre jour il a dit : je suis presque sûr de votre guérison. Ce n'est pas la même chose, c'est une contradiction. La vie future qui est faite pour compenser les misères de cette vie serait compromise si je me laissais diriger par quelqu'un qui a menti de la sorte. » D'autres obsessions encore plus fréquentes se présentent sous la forme d'une peur d'aliéner son indépendance, d'un remords de se laisser aller à une obéissance avilissante. Voici quelques expressions caractéristiques de cette obsession très importante que je retrouve dans la bouche d'une vingtaine de malades : « La Salpêtrière me fait peur et m'attire, je me préoccupe trop de vous, vous dominez toutes mes pensées, il me semble que vous m'observez tout le temps, c'est absurde et je perds la liberté que je tiens tant à conserver... Ne puis-je pas être dominé, exploité si je laisse ainsi prendre de l'empire sur moi, est-ce que ma liberté ne va pas s'échapper tout à fait ?... Je pense tout le temps à vous, vous me faites faire tout ce que vous voulez, je trouve cela ridicule ; je me révolte contre cet attachement stupide, cela me met hors de moi, je me battrais moi-même... J'ai constamment le sentiment d'être attrapé, pris en flagrant délit et cela m'agace... J'ai peur de perdre la raison et la personnalité en rendant quelqu'un confident de mes petitesses. »

On est quelquefois étonné de rencontrer chez les mêmes malades des sentiments obsédants tout à fait inverses, des peurs de ne pas être assez tenu, d'échapper à la domination, de devenir libre de nouveau et trop libre : « J'ai maintenant peur que vous n'ayez pas assez d'influence sur moi, il me semble que je deviens incapable de m'attacher, de me soumettre, de fixer ma pensée sur celui qui me dirige. Prenez garde que je ne m'échappe, vous ne tenez pas assez à moi, vous ne me grondez pas assez... J'ai la

crainte de vous aimer trop et j'ai en même temps la crainte de ne pas vous aimer assez, tout cela c'est la même chose, c'est l'obsession habillée suivant les jours d'une robe différente... Qu'arriverait-il si je vous détestais, si vous ne pouviez plus me donner du courage, ce serait épouvantable... J'ai fait des tentatives de rupture et je me suis trouvé dans l'abandon et dans le vide, j'ai bien vu alors combien je tenais à être dirigé, et cette révélation aussi intense que douloureuse a achevé de me désoler... J'ai des scrupules sur l'influence que je subis, mais n'est-ce pas qu'elle est indispensable et que tout seul je tomberais?... » Ainsi le malade oscille entre ces deux obsessions, il est tourmenté des deux côtés et il n'en est que plus malheureux.

Puis ce sont bien entendu tous les scrupules de moralité : « Si je vous obéis trop, vous allez m'enlever des idées de devoir et des remords auxquels je tiens beaucoup, car elles sont justes ; je me conduirai mal en perdant mon indépendance, je veux bien que le médecin ait une influence sur mon corps, je ne dois pas permettre qu'il en ait une sur mon esprit... Il est immoral de développer en moi les idées d'abandon et d'humilité : cela va me donner des idées d'infériorité contraires à la saine morale... Vous n'avez pas les mêmes idées religieuses que moi, c'est là ce qui rend immorale mon obéissance, quand les idées ne peuvent se rencontrer sur la religion, l'abandon ne peut être complet. » D'autres vont même plus loin et se préoccupent de la différence des idées politiques, ils se font un scrupule d'obéir à une personne qui ne pense pas de la même façon que leur famille sur le gouvernement. Chez quelques-uns apparaissent des scrupules obsédants d'ordre économique : ils se reprochent les dépenses qu'ils font ou qu'ils font faire à leur famille pour les soigner. Chez beaucoup, enfin, chez les femmes surtout apparaissent les scrupules à propos de la moralité sexuelle « des peurs de tomber dans la sentimentalité », scrupules d'autant plus naturels que le développement de ces sentiments d'influence ressemble beaucoup dans certains cas au développement des sentiments amoureux.

Ces obsessions, naturellement, déterminent des impulsions correspondantes qui poussent les malades à fuir le directeur, à lutter contre une influence considérée comme dangereuse. De telles luttes surviennent même chez les malades qui sont le plus complètement sous l'influence : je les ai décrites autrefois dans l'observation de Marceline au moment des rechutes graves. Elle

répète alors que son émancipation est nécessaire pour elle, comme pour moi qui n'ai plus le temps de m'occuper d'elle, qu'elle doit maintenant vivre sans soutien et elle passe des jours et des nuits à se demander : « Irai-je ? N'irai-je pas ? » Chez beaucoup de malades ces impulsions amènent des résistances folles et même des fugues ou des commencements de fugue.

Dans quelques cas heureusement rares les obsessions précédentes peuvent se transformer en véritables délires, c'est ce qui peut arriver d'ailleurs, comme je l'ai déjà remarqué, pour la plupart des obsessions psychasténiques. Beaucoup plus souven qu'on ne le croit, les délires de persécution et les délires d'influence sont de véritables délires asthéniques, c'est-à-dire qu'ils se développent à propos de troubles psychasténiques, qu'ils en gardent les caractères essentiels. D'ordinaire ces délires se développent dans la famille, dans le milieu social du malade à propos des relations ordinaires de la vie sociale. Souvent ils ont pour objet des personnes de l'entourage immédiat du malade auxquelles celui-ci s'intéressait beaucoup, qu'il aimait particulièrement et dont il cherchait à être aimé. Le délire de persécution est une suite fréquente des obsessions d'aimer et d'être aimé. Dans les cas qui nous occupent maintenant le délire se développe dans des conditions plus précises au cours d'un traitement psychothérapique par la direction et il prend pour objet le directeur lui-même.

Dans mon premier travail sur l'influence[1] j'ai déjà rapporté un exemple de ce délire chez Me., une femme âgée de 37 ans. Cette malade obsédée hypocondriaque présentait un état hypnotique très incomplet qui avait cependant permis de lutter contre une idée fixe de phtisie chez elle des plus graves. La malade rapidement soulagée, semblait oublier ses idées hypocondriaques, ses impulsions au suicide et paraissait heureusement modifiée par l'influence prise sur elle. Mais après quelques séances elle commença à exprimer une autre idée fixe, elle se plaignait de bavarder constamment avec moi, de me voir sans cesse, d'être poursuivie par mon action qui s'exerçait au travers des murs, d'être observée par moi à grande distance, etc... En un mot, elle bâtit sur les phénomènes ordinaires de l'influence un délire de persécution qui heureusement a pu être rapidement arrêté.

1. *Névroses et idés fixes*, 1898, I, p. 450.

J'ai observé depuis cette époque deux autres cas à peu près analogues, qu'il est inutile de reproduire, mais il me semble utile d'insister sur l'observation de Uw., h. 45, car son observation est intéressante pour montrer les rapports du délire de persécution avec l'état psychasténique. Dans la première partie de sa vie, jusqu'à 35 ans, cet homme a été uniquement un psychasténique avec les troubles de la volonté, les sentiments d'incomplétude, les doutes et les obsessions les plus typiques. On pouvait déjà noter chez lui les manies de l'interrogation, les manies de l'explication et surtout l'esprit de système qui est souvent si développé chez les psychasténiques. La critique des systèmes, l'utilisation de l'expérience pour confirmer ou pour infirmer nos hypothèses, la résignation et le désintéressement qui nous font abandonner nos conceptions systématiques, quand elles sont en contradiction avec l'observation sont des opérations compliquées et des acquisitions tardives : elles sont les premières à disparaître dans toutes les dégénérescences et dans toutes les diminutions de tension. L'interprétation par le système qui est une méthode d'explication inférieure, plus primitive, subsiste souvent seule et joue dans ces esprits un grand rôle. Mais chez Uw. cet esprit de système déjà manifeste s'exerçait au début sur des idées religieuses et morales et ne modifiait pas beaucoup l'allure générale de la maladie. A partir de 33 ans les idées de persécution apparaissent comme expression des insuffisances de l'action sociale et comme explication des sentiments d'incomplétude et des insuccès. Ainsi il a toujours été un timide génital et il avait déjà autrefois à ce propos des phobies et des idées hypocondriaques : il commence maintenant à exprimer les mêmes troubles en disant qu'*on* fait manquer ses rendez-vous, que par des actions mystérieuses *on* supprime tous ses moyens et qu'il s'agit là d'une vengeance. Il interprète ainsi une foule de troubles et surtout ceux que détermine sa phobie des responsabilités professionnelles. L'esprit de système se surajoute à ces interprétations, il les rend plus cohérentes et inaccessibles à l'expérience, je n'insiste pas sur cette genèse du délire de persécution qu'il faudra étudier quelque jour d'une manière plus complète, je voudrais signaler seulement un incident passager de la maladie survenu sous l'influence du traitement. Uw. est, comme beaucoup de psychasténiques, très sensible au traitement moral, il est facile à diriger et très heureux de se sentir sous une influence directrice. Il

semble se modifier rapidement, il accepte la discussion de ses interprétations délirantes, en reconnaît le point de départ et paraît renoncer à son délire de persécution. Mais le voici qui fait de plus en plus des allusions à une singulière interprétation de son traitement. Bien qu'il n'ait jamais été hypnotisé et qu'il n'y ait eu aucune tentative d'hypnotisation, il se dit suggestionné, possédé par une personne plus forte que lui, qui collabore sans cesse avec lui et le maintient dans la bonne voie. Mon aide, mon influence agit sur lui à distance au travers des murs ; c'est toujours une influence occulte qui agit sur lui, mais cette fois elle est bienfaisante. Il imagine que je pense constamment à lui et que je lui envoie cette pensée par une voix qu'il entend résonner autour de lui et qu'il reconnaît être la mienne. En somme il bâtit sur les phénomènes psychologiques de l'influence un délire d'interprétation tout à fait identique au délire précédent.

Ces dernières transformations de l'influence en délire sont fort rares et je n'en ai observé que trois ou quatre cas, mais les troubles précédents, les manies de direction, les scrupules et les obsessions relatifs au directeur sont fort fréquents. Il était utile d'insister sur leur description, car ces accidents compliquent singulièrement le traitement et il est indispensable de les bien connaître pour savoir si le traitement par la direction est dangereux ou s'il doit être continué.

Interprétation de ces troubles. — Que signifient ces troubles singuliers ? Les psychiatres de l'école de Freud après avoir constaté l'exactitude de la description que j'en donnais autrefois les expliquent facilement en les rattachant comme toujours à leur théorie générale de la pansexualité. Ces troubles du malade que l'on essaye de diriger sont simplement ceux de la passion amoureuse dans laquelle on observe de même des hésitations, des résistances, des taquineries, des jalousies, des obsessions, des délires. J'ai déjà discuté cette interprétation et je pourrais encore faire remarquer que ces troubles se présentent souvent chez des malades n'ayant aucun sentiment amoureux proprement dit et même tout à fait incapables d'en avoir, ou bien même chez des malades ayant au même moment des sentiments amoureux pour une tout autre personne. Mais la principale objection me paraît être le caractère banal de ces

troubles qui existent sans doute dans la passion amoureuse, mais qui existent également dans tous les sentiments et dans toutes les actions des névropathes. Ce sont là des réactions de névropathes qui se présentent à peu près dans toutes les situations, surtout dans toutes les situations sociales.

Quelle que soit l'action que l'on considère, même si elle est tout à fait étrangère à la direction et à la personne du directeur, on note des hésitations, des doutes, des insuffisances d'activation de la tendance, des inachèvements, des agitations, des accrochages, des obsessions, des délires. Très souvent comme je viens de le remarquer, ces troubles de l'action sociale prennent la forme de doutes sur la valeur des personnes, de taquineries, de bouderies, de jalousies : nous avons noté beaucoup de ces faits quand nous avons étudié l'influence du névropathe sur son milieu : il s'agit là d'un trouble général de ses réactions. Le besoin de taquiner, de bouder, de jalouser, de se tourmenter par des scrupules se présentent dans l'observation d'un jeune homme de 23 ans à propos de son professeur de mathématiques qui exige de lui un travail attentif, dans l'observation d'une domestique de 40 ans vis-à-vis de la maîtresse dont elle fait le service et qui l'a menacée de la renvoyer, dans l'observation d'une concierge vis-à-vis de son propriétaire, etc... Il faudrait donc dire que tous les névropathes sont des amoureux et ne sont que des amoureux. Je sais bien que M. Freud n'hésite pas devant cette singulière affirmation ; mais comme nous sommes bien loin d'adopter cette interprétation simpliste de troubles nerveux complexes et variés, nous ne sommes pas non plus disposés à considérer les troubles de l'influence comme de simples phénomènes sexuels. Des phénomènes de ce genre peuvent dans certains cas se mêler à l'influence sans la troubler aucunement. Nous avons signalé des cas où l'influence s'exerçait entre amant et maîtresse et où aucun des troubles précédents n'existait : l'excitation sexuelle rendait la direction plus facile et supprimait les troubles. Dans d'autres cas ces phénomènes pourront au contraire compliquer et troubler la direction. Mais ce sont là des complications accidentelles : on ne peut pas considérer les phénomènes sexuels comme la raison générale et unique de ces accidents de la direction.

Les troubles que l'on vient d'étudier dépendent à mon avis d'une cause bien plus profonde, de la maladie même du sujet que

l'on dirige. Ce caractère maladif se retrouve dans leurs réactions à la direction, comme dans toutes leurs actions sociales. Ce qu'on demande aux malades au cours de ce traitement c'est précisément une action sociale d'un genre particulier et très délicate, l'acte de l'adoption et l'application d'une tendance particulière formée à ce propos à une foule de circonstances variées. Beaucoup, comme on l'a vu, sont totalement incapables même de commencer de telles actions sociales et quoiqu'ils demandent une direction à tous les échos ils ne la trouvent jamais, parce qu'ils sont incapables d'adopter un directeur. Parmi les autres il y en a un certain nombre qui ont commencé et développé jusqu'à un certain point cette action d'adoption et la tendance correspondante, qui sont capables d'être commandés et excités par le directeur dans des circonstances favorables, quand les actes à obtenir ne sont pas trop difficiles ou quand ils ne sont pas trop déprimés. Mais il suffit d'une difficulté quelconque pour troubler l'intervention de cette tendance fragile et pour qu'apparaissent à ce propos les mêmes troubles déjà constatés dans toutes les autres actions sociales.

Pour ne prendre qu'un exemple, leur critique du directeur « qui n'est pas l'ami idéal » n'a malgré l'apparence aucune originalité. C'est là une plainte qu'ils ont déjà émise à propos de toutes les personnes qui les entouraient, quand ils gémissaient constamment « qu'ils n'étaient pas aimés pour eux-mêmes ». Nous avons déjà vu le sens de cette expression curieuse et nous avons compris qu'elle correspondait au désir d'obtenir tous les services sans avoir à les payer, au désir de trouver « un esclave à bon marché ». Comme le directeur ne veut pas et ne peut pas être ce personnage idéal, il est tout naturel qu'ils recommencent contre lui avec des variantes nécessitées par les circonstances les critiques qu'ils faisaient contre tous les autres. Ils sentent leur directeur « étranger et lointain », ils souffrent des différences « qui les séparent de lui » comme ils souffraient du sentiment d'éloignement des objets et de toutes les différences sociales. Ils ont au moment de s'abandonner à la direction des impulsions à mépriser le directeur, à le redouter, à lui désobéir, à le fuir, comme ils avaient des impulsions en opposition avec tous leurs autres désirs : il s'agit toujours du mécanisme du refoulement qui s'applique à cette action sociale comme à toutes les autres. Les scrupules, les obsessions, les délires qui survien-

nent à la suite se sont déjà présentés exactement les mêmes dans bien d'autres circonstances.

Beaucoup de malades intelligents comprennent fort bien que leurs troubles vis-à-vis du directeur sont identiques à tous ceux qui sont déjà survenus auparavant. Nadia l'avouait très bien en disant : « Je veux que vous vous occupiez exclusivement de moi de même qu'autrefois j'étais malheureuse quand maman s'occupait d'une de mes sœurs. » — « La raison qui m'empêche d'accepter une direction, disait Ig., f. 27, est la même que celle qui m'empêche de m'abandonner avec confiance à la volonté de Dieu et à l'espérance de l'éternité ou tout simplement que celle qui m'empêche de répondre à une lettre : il y a toujours deux êtres en moi, l'un qui veut et l'autre qui ne veut pas, dans ce cas là comme dans tous les autres. » — « Je passe mes doutes sur vous, » disait Fh., h. 28, et Renée ajoutait un peu mieux : « Ne soyez pas étonné de mon attitude : il se passe avec vous ce qui se passe avec tout le monde : dès qu'il s'agit d'un sentiment réel, je suis arrêtée, je ne peux plus aller au bout. Si je suis si troublée avec vous, et si j'ai des peurs et des idées si baroques à votre propos, c'est parce que j'essaye de vous obéir sérieusement et de me transformer. Chez moi dès que quelque chose commence à être sérieux, les obsessions recommencent. » Traduisons ces remarques dans notre langage psychologique : dès que les états psychologiques approchent d'une tension plus élevée, dès qu'il s'agit d'une activation plus complète, l'impuissance apparaît et les dérivations de toute espèce redeviennent manifestes. Cette loi générale de l'état psychasténique s'applique aux actes d'influence, à l'activation de la tendance créée par l'adoption comme aux autres actes et à l'activation des autres tendances.

Une dernière remarque permet de confirmer cette interprétation : à quel moment ces troubles de l'influence sont-ils le plus manifestes et le plus graves ? Si ces troubles dépendaient de l'influence elle-même, ils devraient être plus forts quand celle-ci est à son maximum, c'est-à-dire à la fin des séances réussies et pendant la période heureuse qui les suit, dite période d'influence. Mais précisément on ne les observe jamais dans ces moments : pendant ces périodes le sujet est bien portant, enchanté de l'influence qui l'a transformé et il n'a aucune envie ni de s'en plaindre, ni de la redouter. Ces troubles apparaissent au maximum dans la seconde période qui sépare les séances et au début des séances.

C'est au moment où le sujet a le plus besoin de son directeur, quand il désire le plus le revoir qu'il présente des doutes et des obsessions opposées à la direction. Il y a là encore un phénomène de refoulement et d'action contraire. Ces troubles qui dépendent de l'aggravation de la dépression s'appliquent à la personne du directeur parce qu'à ce moment l'acte qui est réclamé par les circonstances est précisément un acte qui a rapport au directeur. Cette remarque confirme bien notre interprétation, il s'agit là des troubles généraux de l'action déterminés par l'état mental du psychasténique.

Le traitement des troubles de l'influence. — Les réflexions précédentes facilitent beaucoup la conduite du médecin en face de tels troubles: si on les considérait comme des accidents inattendus, comme une passion amoureuse plus ou moins malencontreuse, on serait surpris de les voir survenir et on les redouterait; mais on doit les considérer comme des phénomènes naturels qui dépendent du caractère antérieur des personnes auxquelles on s'adresse et on doit être préparé à lutter contre eux.

Sans doute dans certains cas ces troubles peuvent devenir assez graves pour paraître inquiétants et pour obliger à suspendre ce genre de traitement. Si le délire d'influence ou quelque autre délire du même genre devient sérieux, si la conviction grandit et amène des hallucinations, il faut bien reconnaître qu'il s'agit là d'une autre forme du délire de persécution précédent et que le malade ne bénéficie guère du traitement. Sans doute le délire d'influence bienveillante, au moins au début, tourmente moins le sujet que le délire d'influence malveillante, mais l'un se transforme facilement dans l'autre, les fonctions de croyance et de raisonnement ne sont guère améliorées et souvent dans des cas de ce genre le traitement inutile doit être suspendu.

Il peut en être de même dans certaines crises graves de doutes et d'obsessions à propos du directeur. Quand la prolongation du traitement ne parvient pas à les dissiper, il peut devenir évident dans certains cas assez rares que le trouble apporté au malade par le traitement est plus grand que le bénéfice. Mais il faut bien se rendre compte qu'il s'agit alors non d'une influence trop grande, comme le dit le malade, mais d'une influence insuffisante, d'un échec dans l'organisation de la direction, échec qui dépend

le plus souvent d'une dépression trop grande rendant le malade incapable de faire correctement l'aete d'adoption.

En dehors de ces cas d'insuccès où les troubles ont pris une forme trop grave, il ne faut pas accorder trop d'importance à des difficultés à peu près inévitables. Loin de considérer les scrupules de direction comme un signe d'intolérance du traitement et comme une contre-indication, je les considérerais plutôt comme un signe favorable qui indique le début de l'adoption, qui montre les efforts encore maladroits que fait le sujet pour adopter le directeur. Des malades qui ne présentent à aucun degré de tels troubles sont souvent des sujets chez qui l'adoption ne commence aucunement et chez qui elle ne se produira probablement jamais. Ceux qui les présentent au contraire sont souvent ceux qui retireront le plus de bénéfices du traitement.

Quand on se trouve en présence de troubles de ce genre à forme obsédante et pénible, il faut cependant essayer de les diminuer. On peut souvent le faire par quelques conseils et quelques explications, car certains de ces scrupules peuvent être diminués par des réponses convenables. Sans doute le directeur n'est pas l'ami idéal, d'abord parce que cet ami idéal n'existe pas et ensuite parce que, s'il existait, les malades seraient bien incapables de s'en servir. Le directeur est en partie un parent ou un ami *artificiel*, cela est évident. Cela a des inconvénients sans doute qu'il est inutile de nier et qui dépendent surtout de la maladie elle-même, mais cela a aussi des avantages. C'est précisément parce qu'il est artificiel, parce qu'il facilite les choses, parce qu'il fait lui-même les trois quarts du chemin, que le malade peut réussir avec lui cet acte d'adoption qu'il n'a su faire avec personne. C'est précisément parce que cette relation est artificielle qu'elle est moins dangereuse. Dans les relations sociales que le malade croit plus naturelles, il apportera les mêmes faiblesses, les mêmes absences de contrôle, mais il ne sera garanti par aucun engagement, il sera exposé à toutes les exploitations. Ici sa faiblesse est reconnue d'avance et des engagements préalables empêchent d'en abuser. L'influence elle-même dont on se servira repose sur les lois de la suggestion, de l'éducation, de l'excitation, qui n'ont rien de mystérieux, ni de terrible et que l'on peut au moins en partie expliquer au malade pour le rassurer. Si le caractère artificiel de cette relation répugne trop au malade, il peut espérer plus tard la transformer en une relation

plus naturelle, mais qu'il commence d'abord par se guérir afin d'en devenir capable.

Il est également vrai que le directeur peut se tromper et malgré ses efforts se contredire plus ou moins ; il n'est pas un génie et ne prétend pas l'être, mais il est suffisamment sincère et suffisamment capable pour diriger un pauvre esprit au milieu des difficultés mesquines qui le préoccupent. Sans doute en imposant sa direction il diminuerait la volonté et la liberté du malade si celui-ci en avait une. Mais il s'adresse à des personnes qui justement ont perdu leur volonté et leur liberté ; il ne leur enlève en somme que la liberté de délirer et les efforts qu'il leur impose ont précisément pour résultat de rétablir la volonté perdue. Que le malade remette à plus tard ses rêves d'indépendance, le meilleur moyen de les réaliser c'est d'accepter une dépendance passagère. Ces explications et d'autres du même genre faciles à concevoir peuvent dans bien des cas réduire les appréhensions et les scrupules.

Mais l'essentiel du traitement de ces troubles n'est pas là : il vaut mieux le plus souvent ne pas s'occuper d'eux directement, mais lutter contre la maladie elle-même, contre la dépression de la tension psychologique par tous les moyens à notre disposition. Ces troubles d'influence disparaissent tout seuls quand les autres troubles de la maladie et quand la dépression diminuent. On constate facilement en effet que ces troubles très forts dans la période de besoin sont au contraire très réduits ou sont absents à la fin d'une séance réussie ou pendant la période heureuse qui suit une séance. Lise, comme bien d'autres, est beaucoup plus obsédée sur mon compte quand elle ne me voit pas pendant une longue interruption des séances que quand elle vient régulièrement. L'excitation que produit la visite enlève la dépression qui était la cause principale des scrupules.

On peut s'étonner que l'influence puisse continuer à s'exercer et même avoir un rôle utile malgré l'apparition de ces manies, de ces obsessions qui semblent annihiler son action. Sans doute dans la vie réelle, qui n'est pas organisée pour des malades, de tels troubles entravent rapidement et même suppriment toutes les relations sociales : des mauvaises humeurs, des bouderies répétées, des résistances avec agitation ou attaque de nerfs, des hésitations, des doutes à tout propos, des inerties, des froideurs prolongées, étonnent et dépitent les assistants et amènent l'inter-

ruption rapide de la conversation, des conseils, ou des manifestations affectueuses. Mais c'est justement pour éviter ces difficultés que la conduite du médecin doit être une conduite artificielle. Il évite autant que possible de provoquer mal à propos des hésitations ou des doutes en supprimant certaines questions dangereuses et surtout en adoptant un ton affirmatif et ferme qui serait inadmissible dans une conversation normale. Il se permet seul à seul avec le malade des reproches violents, des adjurations sentimentales sur un ton exagéré qui serait ridicule dans la société, mais qui convient à ces anesthésiques moraux. Quand il y a des mauvaises humeurs, des agitations, des résistances, il sait qu'avec lui surtout elles ne peuvent pas être de longue durée, il sait que la faible tension du malade le rend incapable d'actions très prolongées, il sait épuiser leur entêtement par une pression douce et continue, comme on épuise le spasme d'un sphincter; il attend les moments de détente qui ne vont pas tarder à survenir et il glisse son intervention dans un de ces moments. Il dissimule au malade son obéissance « il faut qu'on me tienne, disent-ils tous, mais il ne faut pas que je le sache ». Il commence l'action lui-même et n'exige du malade que la continuation, c'est-à-dire qu'il ne lui demande que des efforts faciles de manière à lui éviter les échecs que d'ordinaire il éprouve sans cesse. Et surtout il a une patience invraisemblable qui laisse au malade le temps d'agir avec cette lenteur qui lui est indispensable et que nous avons déjà notée. En un mot, l'attitude artificielle du médecin est justement adaptée à ces troubles du malade de manière à lui rendre l'action possible malgré ces troubles.

Bien des malades finissent par reconnaître eux-mêmes ce rôle du directeur : « Près de vous je puis au moins faire ces grandes scènes que je trouve si drôles et qui désespèrent tant ma famille, au moins vous ne les prenez pas au sérieux... J'ai beau vous dire que je vous déteste, au moins vous savez entendre le contraire et vous savez bien que je reste toujours votre grande enfant... Il me faut une demi-heure de grossièreté avant de pouvoir être aimable, les autres personnes qui me quittent toujours après un quart d'heure sont convaincues que je suis parfaitement désagréable, au moins vous savez qu'il faut attendre une demi-heure avant de vous former une opinion. »

Nous retrouvons encore ici une application de ce traitement par l'action dont nous avons parlé dans le chapitre précédent.

Quand le médecin laisse passer sans y attacher trop d'importance les reproches et les scrupules, quand il cherche à amener doucement le malade à changer d'attitude avec lui, à accepter la direction nécessaire, il exerce en somme le sujet à une action sociale particulière, à l'acte d'adoption et à des applications de cet acte. Il obtient la disparition correcte de ces troubles par l'exécution correcte de l'action. L'essentiel reste toujours le traitement de la maladie elle-même et la préparation à l'action.

8. — La fin des directions thérapeutiques.

Quand on examine l'évolution de ces relations singulières que la maladie fait naître entre le malade et le médecin, on doit aussi se préoccuper de leurs terminaisons. Comment tout cela finit-il ? A quoi aboutissent ces alternatives de satisfaction et de passion inquiète ? La direction a-t-elle et peut-elle avoir une conclusion ? Ribot écrivait autrefois un petit livre intéressant à ce sujet : « Comment les passions finissent ? » il aurait pu trouver des documents très remarquables, des données presque expérimentales sur cette question dans l'histoire de nos malades et dans l'évolution de la passion somnambulique.

On peut ranger dans un premier groupe les terminaisons ou les interruptions du traitement par direction qui surviennent pour différentes raisons avant la guérison du malade, quoique la maladie pour laquelle ce traitement a été institué suive encore son cours. Bien entendu de telles interruptions peuvent survenir d'une manière tout à fait accidentelle, par disparition du médecin, par éloignement du malade obligé de changer de résidence, par modification des situations, etc... On a vu dans l'étude précédente sur les difficultés de la direction que de telles interruptions peuvent quelquefois, rarement à mon avis, devenir nécessaires à la suite des réactions que le malade présente à ce traitement, crises de doute sur le directeur, obsessions et même délire à propos de l'influence. Ce sont là des causes connues de l'interruption des traitements.

Les terminaisons de ce genre sont en réalité assez rares et leur considération est peu importante ; le plus souvent le traitement par direction s'interrompt avant la fin de la maladie à cause d'un

phénomène important et de pronostic en général assez grave que l'on peut désigner sous le nom de *l'usure de l'influence.* Il s'agit là d'une diminution graduelle dans le pouvoir thérapeutique de la direction appliquée à un malade particulier. Cette diminution se manifeste de différentes manières : l'une des plus simples et des plus frappantes surtout au début, c'est la diminution dans la durée de la période d'influence et l'apparition plus rapide de la période de passion somnambulique ou de besoin. Le rapprochement des séances qui en résulte finit par devenir tout à fait exagéré et par rendre le traitement impraticable. On a signalé souvent autrefois ces cas curieux d'hystériques atteintes de mutisme ou d'autres accidents qui semblent guéries d'une façon merveilleuse après une séance d'hypnotisme, mais qui retrouvaient rapidement leurs accidents quelques heures après et qui réclamaient une nouvelle séance : « débarrassez-moi de mon hystérique », disait à Charcot un jeune médecin tourmenté plusieurs fois par jour par une malade de ce genre. En étudiant ces faits j'ai signalé autrefois l'observation de Dy., f. 25 ; au prix d'un gros travail de deux heures au moins on pouvait faire disparaître tous les troubles de cette grande hystérique et on pouvait la transformer en une personne en apparence tout à fait normale. Mais elle reprenait fatalement après quelques heures tous ses troubles et il aurait fallu recommencer plusieurs fois par jour. On peut répéter la même observation à propos de plusieurs autres malades. Chez Bri., f. 22, l'influence ne durait qu'une demi-journée, chez El., f. 30, elle ne durait que quelques heures et cette malade réclamait ensuite et poursuivait le médecin d'une manière invraisemblable. Irène dans les mauvaises périodes devient tout à fait incapable de tenir les promesses qu'elle a faites très sincèrement pendant les séances de somnambulisme complet. Elle m'a promis, « elle a juré sur le portrait de sa mère » qu'elle allait se reposer. Une demi-heure après elle a oublié sa promesse, elle rencontre une pauvre femme que l'on vient d'expulser de son logis, elle lui donne son lit et passe la nuit sur une chaise à la regarder dormir. Le lendemain elle est plus épuisée et plus déprimée et se plaint que sa séance ne lui a fait aucun bien. On observe le même fait chez des obsédés, chez des douteurs qui sont à peine rassurés pendant un moment et qui se précipitent de nouveau chez le médecin pour demander une nouvelle démonstration en le soumettant au supplice de la question.

« Je sors avec de très bonnes résolutions que je garde bien un quart d'heure, puis quelque chose craque dans ma tête et tout est perdu, il faudrait recommencer. »

Dans les cas favorables on peut quelquefois dresser de tels malades à attendre un peu plus longtemps et l'effort qu'on leur impose à ce propos détermine une excitation favorable. Un homme de 40 ans, Rk., se félicite ainsi de ne pas être rentré immédiatement après être sorti : « Je vous avais donné ma parole d'honneur de ne pas revenir, j'ai réussi à la tenir, mais cela a été une victoire sanglante et j'ai pleuré comme une femmelette. Cet effort m'a fait un drôle d'effet ; l'idée des allumettes qui me tracassait tant a disparu tout d'un coup au point que j'en suis resté ébahi, jamais auparavant une idée fixe n'était disparue avec une telle vitesse. » Il peut en être ainsi dans les traitements par la direction qui malgré des difficultés sont en bonne voie et chez des malades qui progressent. Mais malheureusement il arrive souvent que dans des cas de ce genre on est obligé de rapprocher les séances ce qui rend bientôt le traitement impraticable. La brièveté de plus en plus grande de la période d'influence nous montre que l'influence du directeur est très insuffisante, qu'elle diminue de plus en plus et qu'elle rend peu de services.

En même temps que la période d'influence se raccourcit, les modifications mentales causées par l'influence sont de plus en plus difficiles à obtenir et deviennent de moins en moins nettes. Le sujet après la séance reste à peu près aussi malade que précédemment. Le médecin finit par constater que son influence est moins personnelle, qu'il obtient lui-même pas beaucoup plus qu'un autre ; dans les périodes précédentes il obtenait facilement des changements considérables et maintenant il modifie très peu le sujet par les mêmes procédés.

On est assez disposé à expliquer cette usure de l'influence par des lois psychologiques connues, telles qu'on en observe l'application chez l'individu normal. L'habitude, dit-on, émousse les sensibilités ; les impressions physiques et morales que le directeur détermine ne produisent plus de surprise, les pratiques qui remplissent la séance deviennent en quelque sorte stéréotypées, les actes que les malades accomplissent avec facilité ne demandent plus d'efforts et ne déterminent plus de tension. Il faudrait que le directeur renouvelât sans cesse ses paroles de consolation ou de reproche, qu'il changeât sans cesse sa manière de procéder et,

comme cela est impossible, il est tout naturel qu'il semble s'user et qu'il perde son influence.

Quelle que soit la vraisemblance de cette explication je ne crois pas cependant qu'elle donne la raison principale de l'usure de l'influence. Les malades déprimés, peu capables d'adaptation nouvelle, semblent désirer les changements, comme ils désirent toutes les choses en apparence excitantes, mais en réalité ils les supportent mal et en profitent peu. Ils sont fidèles par paresse et sont le plus souvent mieux réconfortés par les anciens procédés qui ont déjà réussi sur eux et qu'ils ont adoptés que par des procédés nouveaux. Ils ne seraient améliorés que peu d'instants par un changement de méthodes ou même par un changement de directeur et retomberaient bien vite. L'usure de l'influence tient à des causes plus profondes que les lois de l'habitude normale.

Elle tient, comme tous les troubles précédemment étudiés, au développement de la maladie elle-même. Le malade ne tient pas ses promesses parce que l'exécution d'une promesse, comme l'exécution des résolutions ou des croyances demande au minimum la même tension psychologique que l'acte de faire la promesse ou de prendre la résolution. La tension n'a pu être relevée qu'un moment, elle est déjà trop abaissée au moment des exécutions. Irène qui a été relevée pendant la séance au niveau de la réflexion, retombe tout de suite au niveau de l'assentiment automatique et des impulsions, elle obéit à toutes les suggestions. Le malade a été momentanément, quelquefois pendant un temps assez long, maintenu et même relevé par la direction, mais cet arrêt de la déchéance n'a été que momentané et sous diverses influences plus profondes la maladie recommence à évoluer. L'usure d'une influence qui pendant longtemps a été bienfaisante est en général un signe de mauvais pronostic. Elle indique que le malade devient incapable de se relever par les moyens qui étaient autrefois efficaces. Les symptômes d'un délire asthénique ou plus souvent de la démence asthénique plus ou moins profonde ne tardent pas à apparaître à la suite : c'est ce que j'ai malheureusement observé dans 13 observations où l'usure de l'influence se manifestait quelquefois après des années de direction facile et heureuse. Cette dissolution d'une tendance qui était une source d'excitation est un des caractères les plus curieux et les plus tristes de l'abaissement qui caractérise les

aggravations de ce genre. Son étude formera plus tard un chapitre intéressant de la description des délires et des démences asthéniques.

Ces réflexions sur les terminaisons de l'influence au cours de la maladie dictent la conduite du médecin. Des interruptions de direction sont surtout fâcheuses pour le malade, quand elles ne sont pas déterminées par l'évolution de la maladie mais par des accidents. Il est évident qu'il faut autant que possible les éviter : il est bon au début du traitement des névropathes de prévenir les malades ou les familles que de tels traitements ne sont pas des opérations chirurgicales rapides, qu'ils se rapprochent des éducations et doivent durer un certain temps sans être interrompus brusquement[1]. Quand ces interruptions ont été indispensables, elles amènent souvent des troubles plus ou moins graves, surtout quand il s'agit de sujets qui ont déjà fait plus ou moins complètement l'acte d'adoption et qui tiraient quelque profit de la direction. On observe alors des obsessions de regret tout à fait analogues à celles que nous avons observées à la suite de la mort ou de l'absence d'une personne qui avait pris de l'influence sur le malade. La crise de dépression peut être sérieuse et prolongée, mais elle ne présente rien de bien spécial, elle a l'évolution des autres crises de ce genre et réclame le même traitement.

Quelquefois, surtout dans les cas où la direction aura été interrompue accidentellement et même dans les cas où la direction aura été suspendue à cause des troubles trop graves localisés sur la personne du directeur, on pourra essayer de continuer le même traitement en changeant simplement la personne du directeur. Une autre personne pourra réussir à établir une influence dans de meilleures conditions, plus durable et plus forte, capable d'empêcher l'apparition des scrupules qui sont des phénomènes d'insuffisance d'influence. Mais il ne faut pas oublier que le plus souvent ce changement présente des difficultés particulières sur lesquelles nous avons déjà insisté : il fait sentir au sujet qu'il a subi un nouvel échec dans ses tentatives d'adoption, il le remet plus déprimé et plus découragé en face du même problème. Bien souvent les mêmes troubles ne tardent pas à réapparaître encore plus graves avec le nouveau directeur. Des ma-

1. Cf. Traitement psychologique de l'hystérie, *Etat mental des hystériques*, 2e édition, 1910, p. 679.

lades qui, à la suite de doutes et de scrupules de ce genre, changent sans cesse de directeur n'arrivent jamais à un résultat utile. Cependant avec de la persévérance et une certaine discipline on peut arriver, comme nous en avons vu des exemples, à substituer une nouvelle direction à la précédente d'une manière souvent très efficace.

Quand la direction est arrêtée par une usure de l'influence en rapport avec un abaissement plus profond du malade, il faut reconnaître que ce traitement est devenu inapplicable. Le malade est, si on peut ainsi dire, au-dessous du traitement par la direction : il n'est plus capable de faire les réactions que ce traitement exige pour avoir quelque utilité. Le plus souvent il vaut mieux renoncer au moins momentanément à la direction proprement dite, revenir aux traitements par le repos, par l'éducation, ou par les médications physiologiques. La garde médicale doit alors remplacer la direction : c'est elle qui par une influence d'ordre inférieur, permettra au malade d'éviter les conséquences fâcheuses de ses impulsions irréfléchies. Elle rendra possible l'application des autres traitements et permettra peut être de recommencer plus tard dans de meilleures conditions les traitements par l'influence personnelle.

On peut heureusement constater que les traitements par la direction ne se terminent pas tous de cette manière. De même que l'influence se perd quand la maladie augmente, elle diminue également, mais d'une autre manière, quand la maladie guérit.

Quand il s'agissait d'une usure de l'influence par aggravation de la dépression les modifications déterminées par l'influence du médecin devenaient plus difficiles et diminuaient d'importance, le malade restant malgré le traitement dans un état peu supérieur à celui où il était auparavant et ce léger progrès ainsi obtenu se maintenant peu de temps. Dans les cas que nous étudions maintenant les changements deviennent également de moins en moins importants, mais c'est parce que le malade arrive déjà dans un état d'amélioration et qu'il a peu à gagner pour remonter au niveau normal : ce progrès est d'ailleurs obtenu facilement et se conserve plus longtemps.

Ces diverses transformations sont très faciles à constater chez un grand nombre de malades, quand à la suite d'un certain nombre d'oscillations le niveau mental remonte progressivement.

Pour rappeler un nouvel exemple de ces traitements on peut résumer brièvement l'observation de Mb., f. 33. Elle présentait un état complexe, elle avait à la fois des accidents hystériques et des idées fixes hypocondriaques bizarres, presque délirantes, à la suite de toutes sortes de misères et d'abandons. Elle se montra dès le début très sensible à l'hypnotisme et à la direction morale. Mais il fallut une longue séance d'une heure pour diminuer un peu ses convictions délirantes et la remonter quelque peu. La période d'influence, très nette cependant, ne dura qu'une journée et fut suivie d'une véritable période de passion somnambulique pendant plusieurs jours. Six mois après Mb. qui arrive déjà beaucoup moins souffrante est complètement rétablie en quelques minutes et reste en bon état pendant quinze jours ou trois semaines.

C'est dans des observations de ce genre à cette période du traitement que l'on observe ces transformations faciles et rapides que j'ai déjà souvent signalées. Les doutes, les obsessions de Kl., comme les délires de Vz., les idées fixes de Justine cèdent en quelques minutes ; les scrupules de Lise ou de Mnd., f. 40, qui, au début, donnaient lieu à des luttes pendant des heures disparaissent rapidement et les malades ne tardent pas à parler d'autre chose. Les accidents hystériques, les contractures cèdent après quelques attouchements sur le membre et quelques paroles, comme on l'a vu à propos de l'observation de No., tandis que au début les mêmes accidents demandaient une heure de massage douloureux et de suggestion. On pourrait énumérer un grand nombre de cas de ce genre : les rechutes périodiques que nous avons déplorées chez les névropathes sont heureusement compensées dans un certain nombre de cas par une diminution graduelle de la profondeur de la maladie et une facilité croissante de la guérison.

Ces guérisons sont, en effet, plus faciles parce que l'accident n'est resté le même qu'en apparence et que la chute de la tension psychologique n'est plus en réalité aussi considérable. La transformation morale que le médecin doit obtenir par son influence est beaucoup moins considérable qu'au début. Cette diminution de la transformation amène une conséquence curieuse particulièrement nette chez les hystériques hypnotisées. La différence entre l'état de veille dans lequel arrivent les sujets et l'état dit de somnambulisme artificiellement provoqué devient de moins en moins grande.

La sensibilité, la mémoire, l'activité restent à peu près les mêmes dans les deux états. La conséquence naturelle de cette uniformisation, c'est qu'il n'y a plus de modification de la mémoire au moment du passage d'un état à l'autre et qu'il n'y a plus d'amnésie au réveil des somnambulismes complets. Des sujets qui pendant des années présentaient l'oubli au réveil de la manière la plus nette, n'ont plus cette amnésie d'une manière régulière et expriment pendant la veille des souvenirs du somnambulisme quand ils sont à la fin de leur traitement. J'ai déjà fait remarquer autrefois que des hystériques tout à fait guéries retrouvent pendant la veille la mémoire de leurs délires et de leurs somnambulismes même très anciens. On les accusait même à ce propos de supercherie, car, disait-on, si elles ont aujourd'hui pendant la veille la mémoire de leurs anciens somnambulismes, elles devaient l'avoir également autrefois après leur prétendu réveil. C'est là une grossière erreur, l'amnésie du somnambulisme est un symptôme d'un état pathologique particulier qui existe surtout pendant la veille ; quand ce trouble de la veille ne se reproduit plus, les amnésies disparaissent également. Il est juste de dire que dans des états de ce genre le somnambulisme lui-même ne tarde pas à disparaître complètement. La disparition de l'aptitude à l'hypnotisme est un des signes les plus nets et les plus curieux de la guérison des états névropathiques[1].

Quoi qu'il en soit, cet état d'influence obtenu facilement se conserve plus longtemps : des malades qui au début retombaient après deux jours restent trois ou six semaines sans rechute. La terminaison n'est plus aussi nette, le malade revient sans besoin avec le sentiment qu'il aurait pu attendre encore. C'est qu'en effet, la période de passion somnambulique ou de besoin angoissant a beaucoup perdu de sa netteté. Ces malades qui ne pouvaient rester un moment après la cessation de l'influence sans réclamer leur directeur, comme des morphinomanes réclament la piqûre, n'éprouvent plus ce besoin avec la même intensité : ils réclament moins leur séance, ils y arrivent en retard et seraient même exposés à en oublier la date, ce qu'ils n'auraient jamais fait dans les débuts.

Il est curieux de constater la modification des sentiments qui

1. Cf. Traitement psychologique de l'hystérie, *Etat mental des hystériques*. 2e édition, p. 649, 676.

accompagne cette transformation. Ces mêmes personnes qui chantaient les louanges de leur directeur et le comparaient au Bon Dieu, qui se collaient à lui d'une manière touchante et ridicule et qui l'accablaient de déclarations passionnées ont complètement changé leur attitude. Leur ton s'abaisse à mesure que leur force monte : ils n'ont plus pour leur directeur que des sentiments très calmes, ils ne le mettent plus sur un piédestal et se permettent même de le critiquer. C'est qu'ils ont maintenant des désirs d'indépendance qui luttent contre leurs besoins de soutien ; ils oscillent encore entre les deux et ne gardent de l'affection pour leur directeur que dans la mesure où ils sentent encore qu'ils ont besoin de lui. L'indifférence croît rapidement : un beau jour ils cessent eux-mêmes de voir celui qu'ils ne pouvaient absolument pas quitter et leur oubli est aussi rapide que leurs démonstrations d'affection étaient au début pathétiques. Ceux qui ont dirigé des malades de ce genre et qui se sont laissé prendre à leurs expressions passionnées éprouvent une certaine surprise de cette froideur terminale. Elle est cependant leur œuvre et leur récompense, car l'amour du malade n'était que l'expression de sa faiblesse et son ingratitude est la meilleure marque de sa guérison.

Rien n'est plus démonstratif à ce propos que l'observation de Nadia qui pendant sept ans manifestait constamment par ses paroles et par des lettres énormes presque quotidiennes un attachement invraisemblable au point qu'elle éprouvait elle-même le besoin de s'excuser « d'être une pieuvre collée à un bon rocher ». Arrivée peu à peu à un degré d'activité plus grand, reprenant confiance en elle-même, elle n'éprouvait plus autant le besoin de s'accrocher à un bon rocher; elle cessa graduellement de m'écrire, devint plus calme, puis plus froide, s'éloigna de plus en plus, puis après quelques lettres simplement polies cessa complètement de donner de ses nouvelles. Il en est de même de Jean qui après six années d'attachement cessa complètement toute relation, de bien d'autres qui disparaissent après deux ans de passion somnambulique. D'autres continuent quelques relations aimables, mais discrètes, qui font un contraste singulier avec leur attitude ancienne. Je relève 54 malades qui après avoir présenté pendant un an ou deux tous les phénomènes de l'attachement pathologique sont arrivés après la guérison à une froideur tout à fait caractéristique. Ces observa-

tions qui montrent bien une fois de plus le caractère pathologique de ces sortes de sentiments sont rassurantes pour ceux qui conservaient quelque crainte à propos du développement de ces affections en apparence exagérées.

Il n'en est pas moins vrai que le médecin qui connaît et qui prévoit cette évolution et cette terminaison des directions doit chercher à les préparer et à les amener le plus tôt possible. Au début des traitements il se propose d'augmenter la profondeur de l'influence et il s'en sert pour faire disparaître au moins momentanément les accidents et pour relever la tension des malades. Mais il doit soigneusement éviter de laisser se développer ces manies de l'hypnotisme, ces impulsions à la recherche de l'excitation qui ne seraient pas justifiées par un besoin réel. C'est pour cela qu'il doit suivre attentivement l'évolution de l'activité mentale et surveiller le développement de l'initiative. Dès que les premiers progrès sont obtenus, il doit chercher à obtenir avant tout la prolongation de la période d'influence et pour cela il doit se préoccuper beaucoup de régler l'intervalle des séances. Cet intervalle ne doit pas être assez grand pour que la passion somnambulique ou le besoin soit trop pénible, pas assez grand surtout pour que l'influence s'efface et qu'il soit nécessaire de la rétablir ; mais il doit être le plus grand possible pour habituer le sujet à se maintenir seul, à ne pas retomber trop vite par le seul écoulement du temps, à résoudre lui-même suivant les enseignements reçus les petits problèmes de la vie. Suivant le mot de R. C. Cabot : « Nous devons amener le malade à faire ses actions lui-même sans recourir à chaque instant à ce spirituel coktail[1] ». L'écartement graduel des séances, la diminution des suggestions et des excitations amène le malade à se passer du médecin dans les cas heureusement assez nombreux où la restauration des forces mentales est possible[2].

De telles guérisons ne sont pas toutes définitives : à côté de ces malades que l'on dirige pendant plusieurs années, qui se transforment peu à peu et qui disparaissent définitivement, il y en a d'autres qui en général ont été rétablis plus rapidement mais qui après un intervalle plus ou moins long et sous diverses

1. R. C. Cabot, Suggestion, autorité et commandement. *Psychotherapy* de Parker, II, III, p. 23.
2. Cf. Traitement psychologique de l'hystérie, *op. cit.*, 1910, p. 478.

influences retombent dans un état analogue au précédent. Ces rechutes sont le plus souvent faciles à comprendre et nous replacent en face d'un problème analogue à celui de la première maladie.

Il est assez curieux de constater que, dès le début de la rechute, le malade se retrouve dans le même état d'esprit qu'il avait dans la maladie précédente et qu'il retombe immédiatement dans le même besoin de direction. Il est en général beaucoup plus facile qu'au début de rétablir l'influence et les mêmes procédés réussissent de la même manière. Je rappelle encore une fois l'observation démonstrative de Kl. Le premier traitement, quand la malade avait 30 ans, avec séances très rapprochées au début, très espacees à la fin, dura à peu près trois ans. Il fit disparaître des obsessions curieuses et tenaces et une foule d'accidents névropathiques qui duraient depuis l'âge de 12 ans. La malade bien rétablie vint encore me voir une fois ou deux par an pendant les trois années suivantes, puis disparut complètement pendant sept ans sans donner jamais de ses nouvelles; de l'influence précédente qui semblait très grande il ne restait plus aucune trace. Quand elle eut atteint l'âge de 43 ans, des malheurs de famille, un procès, un divorce, abaissèrent de nouveau fortement le niveau mental et la malade réapparut dans un état tout à fait identique à celui où elle était 13 ans auparavant. Les obsessions scrupuleuses, les interrogations interminables pour savoir si la tache brune que son enfant porte au derrière indique bien la paternité du mari, tout était identique bien que maintenant cette femme séparée de son mari semblât ne plus avoir les mêmes motifs pour de semblables scrupules. Bien mieux la disposition à l'hypnose et la suggestibilité, les expressions exagérées d'attachement et de dépendance, tous ces phénomènes qui avaient disparu depuis huit ans se retrouvaient immédiatement les mêmes. Le traitement fut beaucoup plus court et fut terminé en quelques mois, tous les symptômes précédents disparurent de nouveau. Depuis quatre ans cette malade n'a de nouveau plus donné signe de vie, ce qui me prouve qu'elle se porte bien.

L'observation de Zoé est du même genre : j'ai traité cette jeune femme quand elle avait l'âge de 19 ans au moment d'une grande crise de doute et d'obsessions déterminée par les fiançailles et elle montrait à ce moment un attachement passionné. Cet atta-

chement a disparu complètement dès la fin de la crise et pendant sept ans elle m'a complètement oublié. Elle est revenue à l'âge de 27 ans dans un état de dépression déterminé par la mort de sa mère et l'éloignement du mari, elle présentait les mêmes symptômes et le même besoin de direction. Elle me parlait comme si sa dernière séance avait eu lieu la veille et il semblait surprenant qu'elle n'eut pas éprouvé le moindre besoin ni de me voir, ni de m'écrire pendant sept ans. La guérison a été plus rapide que la première fois et la malade est de nouveau disparue pour une période indéfinie. Bien des observations, celle d'Emma surtout suivie depuis 17 ans avec de grandes interruptions, sont tout à fait du même genre. C'est là une forme fréquente de la maladie et l'influence suit l'évolution de la maladie elle-même.

Enfin il existe une forme d'influence remarquable qui soulève de curieux problèmes, c'est l'*influence continue* pendant un grand nombre d'années. Certains malades en traitement ne s'aggravent pas, ils n'avancent pas dans la maladie et ne présentent jamais ni de délire, ni d'état démentiel caractéristiques. Mais ils ne guérissent pas non plus à proprement parler, car il est impossible d'écarter leurs séances au delà d'un certain point sans déterminer des rechutes graves et ils ne présentent jamais ce symptôme curieux de la disparition du besoin de direction et de la cessation de l'influence.

Voici quelques observations de ce genre : Ky. a été dirigée de la manière que j'ai décrite pendant 15 ans, ce n'est que dans ces dernières années, depuis que la malade a dépassé quarante ans que les séances sont devenues irrégulières et très espacées. Marceline dont j'ai raconté complètement la singulière histoire a été suivie sans interruption pendant 17 ans jusqu'à sa mort. Les symptômes de la dépression sous une forme hystérique particulière avec prédominance de phénomènes d'anorexie, de contractures, d'amnésie rétrograde, les effets de l'hypnotisme, l'action d'une æsthésiogénie particulière qui rétablissait l'activité et la mémoire pour une période de temps déterminée ont toujours été les mêmes pendant 17 ans jusqu'au dernier moment. Les choses se passent à peu près de la même façon avec Irène depuis 16 ans et quoiqu'il y ait une grande amélioration apparente la malade retombe infailliblement si on l'abandonne quelque temps. Parmi les psychasténiques Lox. est dirigée régulièrement depuis

14 ans et ce n'est que depuis l'âge de 50 ans qu'elle semble faire des progrès dans l'indépendance sans pouvoir toutefois se passer « d'être remontée ». Noémi est dirigée depuis 10 ans, Lydia depuis 12 ans ; Lise a été constamment sous cette influence pendant 18 ans : ce n'est que depuis deux ans, depuis la ménopause, il est intéressant de le remarquer, qu'elle peut interrompre davantage. En résumé je trouve dans mes notes 15 observations de directions prolongées pendant 4 ou 5 ans, 21 de directions durant de 5 à 10 ans et 14 se prolongeant plus de 10 ans.

Il y a là évidemment une habitude pathologique : le besoin d'une direction régulière fait partie de la maladie et il faut remarquer à ce propos que des habitudes systématisées jouent un grand rôle dans les maladies de l'esprit, que la plupart des malades chroniques s'installent dans une forme de maladie d'une monotonie désespérante. Cette habitude pathologique s'est constituée parce que la maladie elle-même était chronique, qu'elle était entretenue par des conditions permanentes que nous ne pouvions pas supprimer. J'ai montré ailleurs que la situation de Marceline la condamnait à un travail excessif, certainement au-dessus de ses forces, et qu'elle contribuait à entretenir la maladie. Dans d'autres cas nous ne pouvons connaître les conditions héréditaires, les insuffisances organiques, les intoxications, les situations sociales qui maintiennent la maladie malgré tous les efforts et déterminent ces insuffisances perpétuelles.

Mais quel rôle joue la direction devenue ainsi une habitude pathologique au cours de ces maladies chroniques ? Je suis convaincu qu'elle joue un rôle très important : elle maintient le malade à un niveau plus élevé, elle lui conserve une activité sociale qu'il n'aurait certainement pas s'il était abandonné à lui-même. Le malade est un infirme, cela est évident, la direction joue le rôle d'une béquille ; elle est évidemment déplorable comme toutes les béquilles, mais il ne faut pourtant pas oublier que sans elle le malade ne marcherait pas du tout. Marceline était couchée, inerte et mourait d'inanition, quand elle a été relevée par l'æsthésiogénie, elle serait retombée dans le même état et aurait succombé rapidement si on l'avait abandonnée. Grâce à cette influence exercée régulièrement elle a vécu 17 ans de plus, elle a pu travailler assez pour gagner sa vie et pour aider à l'entretien de sa famille. Ce n'est pas là évidemment une guérison et notre impuissance est en raison de notre ignorance,

mais c'est quelque chose et nous ne devons pas mépriser ce petit résultat de la psychothérapie. Je suis convaincu qu'il en a été de même chez les autres malades entretenus pendant 20 ans par la direction psychothérapique, quoique dans la plupart des cas les malades n'aient pas été en danger de mort. La direction a été la béquille qui leur a permis de vivre socialement et de ne pas passer ces années dans des asiles. Mais pour discuter ce point délicat, pour expliquer comment la psychothérapie peut jouer ce rôle de soutien des débiles, il faut insister un peu sur la conception des maladies mentales ce que je dois essayer de faire dans la conclusion générale de cet ouvrage.

Un traitement dans lequel intervient l'influence personnelle du médecin est difficile à apprécier au point de vue médical. Sa valeur est en effet très variable suivant la personne du directeur et suivant la convenance qui peut exister entre sa personne et celle de ses malades. Quand il s'agit de la suggestion et de l'hypnotisme, on peut non sans difficultés préciser le sens de ces mots et vérifier l'emploi de ces traitements; mais il est encore plus difficile de se rendre compte de l'action personnelle du médecin, quand on constate des modifications dans l'état d'un malade soumis à des influences très diverses. Je prends pour signes de cette action les phénomènes d'électivité, les passions somnambuliqu , les besoins de direction, en reconnaissant qu'il s'agit là de signes forcément assez vagues. Sur un très grand nombre d'observations je ne mets à part qu'un nombre restreint de malades, 180 à peu près, qui ont présenté les signes précédents et sur lesquels ce traitement spécial semble avoir exercé son influence et je retiens 125 observations dans lesquelles cette influence semble avoir été nettement favorable. Mais il est évident que ce nombre est trop restreint et que dans un grand nombre d'autres cas où les améliorations ont été attribuées au repos, à la simplification de la vie ou à l'excitation par le travail, l'influence personnelle a dû jouer un rôle important, quoique difficile à isoler et à mettre en évidence.

Malgré cette difficulté d'établir des statistiques, quoiqu'on ne puisse guère juger la valeur de ce traitement par le nombre des améliorations obtenues, il me semble difficile de méconnaître sa haute valeur. Ce traitement répond directement à un besoin des malades qui est bien mis en évidence par les bons effets des

directions accidentelles, par les obsessions d'être aimés, par les impulsions qui poussent si souvent les malades à chercher un soutien, une direction. Il représente une partie importante des anciens traitements par la moralisation, par l'influence religieuse. Il est bien probable qu'une analyse psychologique plus précise des relations sociales et des diverses influences que les hommes exercent inévitablement les uns sur les autres donnera plus tard à ce traitement une importance plus grande, le précisera davantage et en rendra l'application plus féconde.

CONCLUSION

Quand j'ai commencé à écrire cet ouvrage j'avais l'intention de placer dans le titre le mot « psychothérapie », puis j'ai senti peu à peu qu'un titre contenant ce mot était beaucoup trop prétentieux. Aujourd'hui la psychothérapie n'existe pas, tout au plus commençons nous à entrevoir ce qu'elle doit être, ce qu'elle sera un jour.

Un premier groupe de définitions considère la psychothérapie comme le traitement des troubles de l'esprit : « toute méthode par laquelle l'esprit peut être changé d'une façon favorable est proprement appelée psychothérapie[1]... » C'est évidemment là un des buts de la psychothérapie ; mais pour définir la psychothérapie de cette manière il faudrait d'abord étendre la conception des troubles de l'esprit et bien comprendre qu'il ne s'agit pas uniquement de l'aliénation mentale proprement dite, mais de toutes les altérations de la conduite quelles qu'elles soient. Mais cette définition resterait encore insuffisante car il ne faut pas oublier que beaucoup d'auteurs parlent de psychothérapie à propos de maladies d'estomac, d'entérites, de troubles vésicaux, qui peuvent être en rapport avec des troubles de l'esprit, mais qui à proprement parler ne sont pas des troubles de l'esprit. Ces définitions s'appliquent plutôt au mot « psychiatrie » qu'il ne faut pas confondre avec « psychothérapie ».

La plupart des autres définitions ne considèrent pas l'esprit comme l'objet de la psychothérapie, mais comme le moyen qu'elle emploie et la définissent par l'usage qu'elle fait de certains phénomènes déterminés. Comme le disait très bien Grasset : « L'électrothérapie, l'hydrothérapie ne sont pas des traitements de l'électricité ou de l'eau, mais des traitements par

1. Béatrice M. Hikle, *Psychotherapy* de Parker, II, III, p. 1.

l'électricité et par l'eau, la psychothérapie est un traitement non de l'esprit mais par l'esprit ». Dans cette définition certains auteurs réduisent les procédés appelés psychothérapiques à l'usage de quelques phénomènes psychologiques seulement, ainsi Déjerine n'admettait guère que la conversation, le raisonnement explicatif, les bons conseils moraux. Ce sont là des restrictions que rien ne justifie : il faut admettre dans la psychothérapie tous les phénomènes psychologiques quels qu'ils soient capables d'exercer une influence utile.

C'est à cette conception que se rattachent la plupart des définitions les plus connues de la psychothérapie. Hack Tuke disait que cette méthode de traitement « utilise l'influence générale exercée par le médecin au moyen des états d'esprit qui agissent favorablement sur le corps et l'esprit dans la maladie... On nomme psychothérapeutique l'utilisation de l'influence de l'esprit sur le corps dans la pratique médicale[1]. » — « La psychothérapie, dit Grasset, est le traitement des maladies par les moyens psychiques, c'est-à-dire par la persuasion, l'émotion, la suggestion, la distraction, la foi, les prédications, d'un mot par la pensée[2]. » — « La psychothérapie, disent MM. Camus et Pagniez, est l'ensemble des moyens par lesquels nous agissons sur l'esprit malade ou sur le corps malade par l'intermédiaire de l'esprit[3]. » — « La psychothérapie, dit Munsterberg, est la méthode par laquelle on traite les malades en influençant leur vie mentale[3]. » La plupart des autres définitions qui ont été proposées sont du même genre.

Je serais assez disposé à admettre une de ces formules si je n'avais quelques scrupules : je crains que ces définitions ne soient encore un peu restreintes. Elles semblent admettre que l'action thérapeutique du médecin doit provoquer directement des phénomènes psychologiques, elles semblent exclure les procédés physiques qui ont une action indirecte sur le moral. En parlant des traitements psycho-physiologiques j'ai rappelé les expériences de Moreau (de Tours) sur le haschich, les traitements par l'alcool, par l'opium ou simplement par des purgatifs et j'ai soutenu qu'on aurait bien tort de ne pas leur donner droit

1. Hack Tuke, *Le corps et l'esprit*, traduct. Parant, 1886, p. 342.
2. Grasset, *op. cit.*; *Revue des Deux Mondes*, 15 sept. 1905, p. 351.
3. Camus et Pagniez, *Isolement et psychothérapie*, 1904, p. 26.
4. Munsterberg, *Psychotherapy*, 1909, p. 2.

d'entrée dans la psychothérapie. Ce qui caractérise une thérapeutique ce sont les raisons qui déterminent le choix de tel ou tel procédé thérapeutique et ce n'est pas la nature du procédé lui-même. Si je donne une purge à un malade simplement parce que je songe à l'action du purgatif sur la constipation je fais de la thérapeutique physiologique, si je donne la même purge à un malade atteint de confusion mentale, parce qu'un grand nombre d'études m'ont montré une relation régulière entre les intoxications et les troubles psychiques de ce genre, parce que j'espère par une désintoxication rendre la pensée du malade plus lucide, je fais de la psychothérapie.

En outre il me semble que les définitions précédentes ne parlent guère que des faits psychologiques comme si nous en étions encore à l'époque des anecdotes énumérées dans l'ouvrage de Hack Tuke et ne font aucune allusion à la considération des lois psychologiques, tandis que c'est uniquement la considération des lois qui déterminent toutes les applications pratiques des sciences. Ces réflexions m'amènent à proposer la définition suivante : la psychothérapie est un ensemble de procédés thérapeutiques de toutes espèces, aussi bien physiques que moraux, applicables à des maladies aussi bien physiques que morales, procédés déterminés par la considération de faits psychologiques observés antérieurement et surtout par la considération des lois qui règlent le développement de ces faits psychologiques et leur association soit entre eux, soit avec des faits physiologiques. En un mot, la psychothérapie est une application de la science psychologique au traitement des maladies.

Une pareille psychothérapie existe-t-elle ? Son premier caractère devrait être de nous fournir des médications nombreuses et précises en nous indiquant exactement leurs effets, les modifications bien déterminées morales ou physiques qui suivent leur emploi. C'est ce que font assez bien les formulaires de la thérapeutique physique, quand ils nous parlent de médicaments calmants, soporifiques, purgatifs, altérants, etc. : le médecin peut choisir suivant les cas et les besoins. Il n'existe rien de tel en psychothérapie et certains prétendent même que toute classification de ce genre est impossible « parce que les traitements sont personnels et varient simplement avec chaque individu qui les applique. » Cela est fort exagéré, l'originalité de chaque psycho-

thérapeute n'est le plus souvent qu'apparente et il ne faut pas croire que son traitement est nouveau, parce qu'il le désigne par un mot nouveau. Mais il est certain que ces traitements étant connus et décrits d'une manière très vague on voit difficilement les relations qu'ils ont les uns avec les autres.

Une thérapeutique fondée sur des lois doit surtout nous indiquer les conditions dans lesquelles telle ou telle médication doit être employée, nous montrer en un mot les indications de chaque traitement. Des indications de ce genre existent encore moins dans la psychothérapie. Chaque spécialiste vante son procédé qu'il prétend original et veut l'appliquer à tout, puisqu'il guérit tout. L'un moralise, l'autre hypnotise tout le monde ; celui-ci repose et engraisse et celui-là psycho-analyse à tort et à travers. Que penserait-on d'un médecin qui se vanterait de donner de la digitale à tous ses malades, tandis que son confrère aurait la spécialité de donner de l'arsenic ?

Nous n'avons pas le droit de reprocher aux psycho-thérapeutes les défauts de leur méthode, ils se contentent d'appliquer une science et les insuffisances de l'application montrent simplement les insuffisances de la science. Le diagnostic et la dénomination des troubles psychologiques sont très vagues et tout à fait livrés à l'arbitraire de conventions d'écoles : M. Arnaud a eu bien raison dans son allocution au Congrès de Clermont-Ferrand de parler de l'anarchie psychiatrique actuelle. Mais cette anarchie elle-même, ce vague dans la description des syndromes dépend entièrement, il faut savoir le reconnaître, de l'insuffisance de notre science psychologique. Un des plus grands services que les premiers essais de la psychothérapie nous auront rendus c'est de bien mettre en évidence les lacunes de notre prétendue psychologie. Jamais on ne sent mieux le vide de notre psychologie que lorsqu'on essaye de l'enseigner à des médecins et d'en tirer des procédés pratiques de diagnostic et de traitement. Le succès pratique est le criterium de la valeur d'une science ; quand une prétendue science ne peut pas être appliquée, c'est qu'elle est en l'air, loin de son objet. Pendant longtemps la psychologie asservie à la religion ou à la métaphysique ne se préoccupait pas de la réalité sur laquelle elle devait agir. Puis, sous prétexte de méthode scientifique, elle s'est confondue avec des spéculations mathématiques ou des recherches de physiologie qui ne la regardaient pas et elle n'a jamais été en état de diriger les dia-

gnostics de la psychiatrie ni les pratiques de la psychothérapie.

Dans ces conditions il serait peut-être sage de conclure simplement qu'il est trop tôt pour se servir de la psychothérapie et qu'on en reparlera dans un siècle. Mais l'humanité souffrante ne sait pas attendre : la médecine a appliqué au soulagement des misères humaines toutes les découvertes scientifiques même les plus incomplètes et elle a voulu utiliser immédiatement la notion d'une loi naturelle même quand la science commençait à peine à la soupçonner. La psychothérapie a voulu tirer parti de ces innombrables observations des moralistes qui montraient une certaine relation entre des modifications de la santé physique ou mentale et l'apparition de certains phénomènes dans l'esprit. Les premiers essais de psychothérapie ont eu un caractère très général et très vague : s'appuyant sur quelques observations en général très peu précises les premiers guérisseurs ont cherché à opposer à des troubles physiques ou moraux quelconques, mal déterminés, des phénomènes psychologiques également quelconques et mal précisés. Ce fut le caractère essentiel des premières thérapeutiques religieuses, philosophiques ou morales, intéressantes surtout au point de vue historique, que nous avons étudiées dans la première partie de cet ouvrage.

Une connaissance un peu plus précise de quelques faits et de quelques lois psychologiques a donné naissance à des essais de psychothérapie un peu plus scientifique. Les études sur les tendances, sur les réflexes psychiques, sur les divers automatismes psychologiques, ont permis d'utiliser les diverses formes de la suggestion qui cherchent à déterminer automatiquement le fonctionnement de telle ou telle tendance. Les notions sur la fatigue, sur l'épuisement, sur la dépression qui suit les dépenses de l'action excessive ont conduit à une thérapeutique par l'économie des forces mentales, soit que l'on cherchât à supprimer par la désinfection de l'esprit des dépenses en rapport avec certains souvenirs, certaines tendances fâcheuses, soit que l'on cherchât par la suppression des mouvements et des actes, par l'isolement et la restriction de la vie sociale à restreindre les dépenses de la vie. L'examen des transformations que l'éducation permet d'obtenir chez les jeunes enfants a donné naissance à une foule de traitements par la gymnastique ou la rééducation. Enfin les concep-

tions beaucoup plus hypothétiques qui essayent d'interpréter les changements caractéristiques du réveil, de l'effort, de l'attention, les augmentations merveilleuses des forces que semble déterminer, la confiance, la foi, l'enthousiasme, ont conduit aux thérapeutiques de l'æsthésiogénie et de l'excitation. De même que le progrès des études physiologiques mettait en évidence des troubles particuliers de la digestion, de la circulation, des sécrétions glandulaires dans les névroses et permettait de substituer quelques indications plus précises à l'ancien adage « mens sana in corpore sano », de même l'évolution des études psychologiques semble avoir eu une influence sur l'apparition de psychothérapies de plus en plus précises.

Ces méthodes de traitement sont-elles devenues pratiques et utiles, permettent-elles d'obtenir la guérison des troubles névropathiques avec la certitude ou même la probabilité que l'on obtient dans nombre de thérapeutiques médicales ou chirurgicales ? Il est malheureusement impossible de répondre autrement que par la négative. Trop souvent tous ces traitements échouent complètement : le nombre de malades qui versent dans la démence irrémédiable ou qui conservent indéfiniment les mêmes troubles est très considérable. Très souvent ces traitements quand ils semblent réussir n'ont qu'une action momentanée et nous obligent à des recommencements perpétuels. Enfin, même dans les cas les plus heureux la plupart de ces traitements sont toujours beaucoup trop longs et l'on peut toujours se demander si l'évolution naturelle de la maladie pendant un temps aussi long n'aurait pas pu amener une amélioration semblable en dehors de tous les traitements.

Aussi beaucoup de médecins sont-ils disposés à n'accorder aucune utilité à des traitements de ce genre : quelques-unes de ces maladies disent-ils guérissent toutes seules, d'autres comme la démence précoce ont une évolution fatalement progressive, la médecine n'y peut guère changer quelque chose. Gilbert Ballet a pu écrire : « Je ne sache pas que par la psychothérapie, quelle qu'en soit la forme, ou par tout autre moyen on ait jamais abrégé d'une heure la durée de l'accès périodique le plus léger, pas plus que celle de l'accès le plus accusé de folie à double forme[1]. » Beaucoup arrivent ainsi très vite à ce « monstrueux préjugé »

1. G. Ballet, *Bulletin médical*, 1906, p. 983.

contre lequel Magnan protestait déjà avec indignation, « qu'il n'y a rien à faire à nos malades[1]. »

Ces affirmations sur l'évolution régulière et immuable des névro-psychoses, ces répartitions des maladies mentales dans des cadres immuables, ces affirmations sur leur évolution régulière et fatale me semblent encore plus téméraires que tous les rêves des psychothérapeutes les plus enthousiastes. Sauf dans quelques périodes terminales où l'on peut voir une certaine régularité, l'observation clinique nous montre dans les maladies de l'esprit une étonnante variabilité et une irrégularité déconcertante. Les troubles physiologiques et psychologiques se transforment incessamment sous toutes les influences physiques et morales et nous avons beaucoup de peine à énumérer les innombrables phénomènes qui font osciller comme un ludion le niveau mental des malades. S'il en est ainsi comment affirmer à priori que seuls les événements fortuits peuvent exercer une action favorable et que jamais nos pratiques volontaires et concertées n'auront un semblable succès ? Ce serait nier d'avance toutes les inventions humaines, toutes les applications pratiques des sciences.

En fait il me paraît bien difficile d'attribuer au pur hasard toutes les améliorations, toutes les guérisons mêmes qui ont été fort bien décrites dans de nombreuses études de psychothérapie. J'ai insisté moi-même assez longuement sur de nombreuses observations où l'action efficace de tel ou tel procédé de traitement ne pouvait guère être mise en doute. Dès maintenant la psychothérapie entendue dans le sens large, en y comprenant tous les procédés de traitement déterminés par la connaissance des lois psychologiques ou physio-psychologiques a certainement rendu dans un grand nombre de cas des services manifestes. C'est pour mettre en évidence ce rôle bienfaisant de la psychothérapie que j'ai donné tant de développement à de nombreuses observations.

Ces premières tentatives de la psychothérapie, si prématurées qu'elles soient, ont encore une autre valeur : elles ont réveillé la psychologie et l'ont brutalement rappelée à la question. L'évolution de connaissances humaines suit rarement une marche logique : les applications qui devraient dériver des théories et

1 Cf. P. Sérieux, La vie et les œuvres de V. Magnan. *Annales médico-psychologiques*, oct. 1917, p. 497.

des sciences les précèdent souvent et les dirigent. Ce sont les nécessités des applications thérapeutiques qui forcent aujourd'hui la psychologie à aborder l'étude qui lui est propre, la description et l'explication scientifique de la conduite humaine. Des études précises sur des détails de cette conduite, sur le besoin d'aimer, sur la jalousie, sur la timidité, etc., qui semblaient être autrefois des accessoires insignifiants, des compléments littéraires surajoutés à la véritable psychologie, doivent être considérés comme l'essentiel d'une psychologie vraiment pratique et utile. La recherche des lois relatives aux variations de l'humeur, aux degrés de l'activité, aux formes de l'émotion, ne doit pas être laissée aux romanciers, mais elle doit être au premier plan des préoccupations des psychologues, puisque c'est sur ces lois que doit précisément se fonder toute la psychothérapie. Le médecin a fait tout à coup appel à la psychologie et lui a demandé de lui rendre des services auxquels elle n'était pas du tout préparée. Elle s'est montrée insuffisante à sa tâche et c'est ce qui a jeté le discrédit sur la psychothérapie elle-même. Mais cet insuccès l'a forcée d'entreprendre des études nouvelles à de tout autres points de vue ce qui l'a entièrement régénérée.

C'est le sentiment de ces lacunes de la psychologie qui m'a poussé à insister dans cet ouvrage sur l'interprétation de certaines notions psychologiques particulièrement importantes au point de vue de la thérapeutique. J'ai essayé de préciser la signification de certains termes usuels, de faire comprendre par quelques analyses psychologiques les faits qui jouent le plus grand rôle dans les dépressions de l'esprit et dans leur traitement. A tort ou à raison je fonde de grands espoirs aussi bien pour la science psychologique que pour la psychothérapie qui doit en faire l'application pratique sur l'étude de ces caractères de la conduite que l'on peut appeler les degrés de force et de tension psychologiques, sur l'étude des diverses oscillations de l'activité mentale, et c'est pourquoi plusieurs chapitres de ce livre ont été consacrés à ces recherches.

En un mot cet ouvrage, tout incomplet qu'il soit nécessairement aujourd'hui, essaye d'aborder un problème encore bien peu connu, le problème de l'administration économique des forces de l'esprit. Il est probable qu'un jour on saura établir le bilan et le budget d'un esprit, comme on établit ceux d'une maison de commerce. A ce moment, le médecin psychiatre sera capable de bien

utiliser de faibles ressources en évitant les dépenses inutiles et en dirigeant l'effort exactement au point nécessaire; il fera mieux, il apprendra à ses malades à augmenter leurs ressources, à enrichir leur esprit. J'espère que ces travaux n'auront pas été tout à fait inutiles à ceux qui découvriront un jour les règles de cette bonne administration de la fortune psychologique.

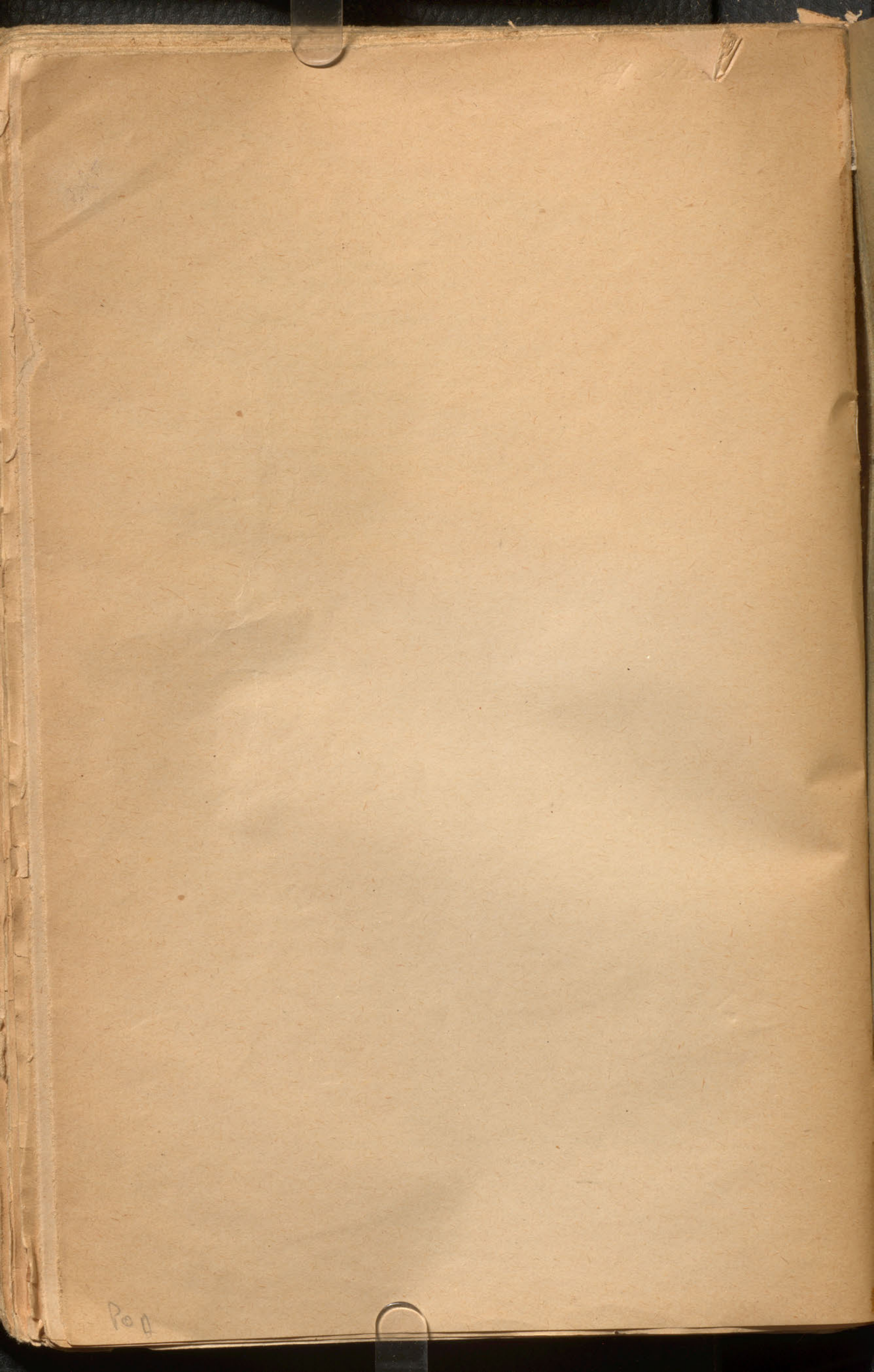
INDEX DES AUTEURS CITÉS

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

TABLE DES CHAPITRES

LES ACQUISITIONS PSYCHOLOGIQUES

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.



LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

EXTRAIT DU CATALOGUE

11270. — Coulommiers. Imp. Paul BRODARD. — 8-28.